

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ร้อยโทหญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ร.ท.หญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์

ร้อยโทหญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิวรรณ วิโรจน์รัตน์,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อ.ดร. รังสรรค์

พันโทหญิงแพทย์หญิงลักษณันท์ ชีวะเกรียงไกร,

พ.บ. ว.ว. (ประสาทวิทยา)

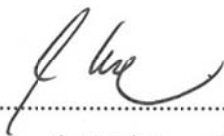
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช,

Ph.D. (Neuroscience)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ พิชัย เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2560



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิชาพรณ วิโรจน์รัตน์,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช,

Ph.D. (Neuroscience)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ร.ท.หญิง ชยุตรา สุก่อแก้ว

ร้อยโทหญิง ชยุตรา สุก่อแก้ว

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ วันเพ็ญ ฤทธิญาณาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานสอบวิทยานิพนธ์



 พันโทหญิง แพทย์หญิงลักขณันท์ ชีวะเกรียงไกร,

พันโทหญิง แพทย์หญิงลักขณันท์ ชีวะเกรียงไกร,

พ.บ. ว.ว. (ประสาทวิทยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ศิริพันธุ์ สาสัตย์,

Ph.D. (Nursing Studies-Gerontology)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ พชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณาจารย์และบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชาพรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และ พันโทหญิงแพทย์หญิงลักษณันท์ ชีวะเกรียงไกร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์จากภายนอก ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บ ข้อมูลตลอดจนทีมสุขภาพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ปวยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่าน และขอบพระคุณ ญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอบพระคุณ บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่คอยอบรมสั่งสอนผู้วิจัย สนับสนุนและให้กำลังใจกับผู้วิจัยเสมอมา ตลอดจนถึงกัลยาณมิตร และผู้ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ที่ได้อนุมัติให้ลาศึกษาต่อและ อนุมัติทุนการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คุณประโยชน์ที่ได้จากการทำ วิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่บุพการี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ร้อยโทหญิง ชยุดรา สุทธิลักษณ์

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

ร้อยโทหญิง ชยุดรา สุทธิลักษณ์ 5736859 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิชาพรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING),
วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, Ph.D. (NEUROSCIENCE), ลักษณ์นันทน์ ชีวะเกรียงไกร, พบ. ว.ว. (ประสาทวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 100 ราย ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เก็บข้อมูลตั้งแต่ พ.ย.2559-ก.พ.2560 โดยการตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และวิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ และภาวะสุขภาพก่อนไปทางด้านสูง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.412, p < 0.05$) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.444, p < 0.05$) ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปร พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .260, F = 17.027, p < .05$)

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงในการวางแผนการพยาบาล และควรจัดทำโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลในด้านการเตรียมความพร้อม และลดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง เพื่อให้การดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ: ความพร้อมในการดูแล / ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง / ภาวะสุขภาพ / ผู้ดูแล / ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA**1LT. CHAYUTTRA SUTTHILAK 5736859 NSGN/M****M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE : VIRAPUN WIROJRATANA, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D.
(NEUROSCIENCE), LAKSANUN CHEEWAKRIENGKRAI, M.D. (DIPLOMATE THAI
BOARD IN NEUROLOGY)****ABSTRACT**

The present study aimed at investigating the predictive power of the factors influencing health status of caregivers of elderly people with dementia at Phramongkutklo Hospital. The study sample consisted of 100 caregivers. Data were collected by means of questionnaires, Descriptive statistics, Spearman Rank Correlation, and Multiple Regression Analysis were employed to analyze data and to determine the relationship among the study variables.

The study findings revealed that caregivers had a rather low level of preparedness, direct role strain, and of the amount of help from others, but had a rather high level of perceived health status. The analysis of the relationships among the study variables showed that preparedness was positively related to perceived health status with statistical significance at an average level ($r = 0.412, p < 0.05$), roles strain was negatively related to perceived health status with statistical significance at an average level ($r = -0.444, p < 0.05$), but the amount of help from others was not related to perceived health status with statistical significance at 0.05 level. Finally, both preparedness and direct role strain could predict perceived health status of caregivers of elderly people with dementia with statistical significance by 26% ($R^2 = 0.26, F = 17.027, p < 0.05$).

The study findings could be utilized to assess preparedness and strain from direct care guide a clinical nursing practice and a caregiver support program including caregiver's care to prepare and decrease strain from direct care to enable caregivers of elderly people with dementia to maintain their good physical and mental health status to ensure quality of life.

**KEY WORDS : PREPAREDNESS / STRAIN FROM DIRECT CARE / HEALTH STATUS/
CAREGIVER / ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA**

154 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตในการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
2.1 ภาวะสมองเสื่อม	11
2.1.1 ความหมาย	11
2.1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม	12
2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม บทบาทผู้ดูแล	13
2.1.4 ลักษณะทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อม	15
2.1.5 การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม	16
2.1.6 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล	17
2.1.7 ผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	27
2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)	27
2.2.2 ความหมายของผู้ดูแล	32
2.2.3 บทบาทของผู้ดูแล	33
2.2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล.	34
2.3. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	37
2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
2.4.1 ความพร้อมในการดูแล กับภาวะสุขภาพ	39
2.4.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น กับภาวะสุขภาพ	41
2.4.3 ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง กับภาวะสุขภาพ	43
2.5. สรุป	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
3.1 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	46
3.2 สถานที่เก็บข้อมูล	47
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	57
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	59
บทที่ 5 อภิปรายผล	79
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	84
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	101
รายการอ้างอิง	116

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก	รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ภาคผนวก ค	หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
ภาคผนวก ง	เอกสารชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
ภาคผนวก จ	เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ภาคผนวก ฉ	หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ภาคผนวก ช	หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
ภาคผนวก ซ	วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
ประวัติผู้วิจัย	154

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	59
4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	61
4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	65
4.4 จำนวน และร้อยละของปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	66
4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	68
4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	69
4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	74
4.8 จำนวน และร้อยละของภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะสุขภาพโดยรวม แบ่งตามรายด้านภาวะสุขภาพกายและจิตของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	75
4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	75
4.10 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	76
4.11 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนเดียวระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	77

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980; Shyu, 2002)	7
2.1 กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรโลก พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกประมาณ 901 ล้านคน (United Nations, 2015) ซึ่งในประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเช่นกัน เนื่องจากมีอัตราการเกิดลดลง อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น จึงทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลปี 2559 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 10,783,000 คน หรือประมาณร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี 2564 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ ซึ่งพบว่าประเทศในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว 3 อันดับแรก คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 18, ประเทศไทย ร้อยละ 16 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10 (United Nations, 2015) เนื่องจากปัจจุบันประชากรไทยอายุยืนมากขึ้น เพราะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีบริการทางการแพทย์และใส่ใจในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ร่างกายนั้นก็ยังคงมีความเสื่อมถอย โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 46.8 ล้านคน และคาดการณ์ได้ว่าในปี 2050 จะพบผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 131.5 ล้านคน (Alzheimer's Disease International, 2015) จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่าสำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมในวัยสูงอายุมากกว่า 600,000 คน คาดว่าจำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.1 ล้านคน ในปี 2573 และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนของผู้สูงอายุ โดยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.1 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.6 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557)

ภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทซึ่งพบได้บ่อย โดยอาการของภาวะสมองเสื่อมจะพบความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาวน์ปัญญา ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The National Institute on Aging, 2015) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการสูญเสียความทรงจำ การรับรู้ในเรื่องของวัน เวลา สถานที่ (Janet et al., 2007) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมกระโดดหล่นทางจำเส้นทางไม่ได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหายตัวไปจากบ้าน (Robinson et al., 2006) หรืออาจพูดจาซ้ำๆ

วนไปมา มีพฤติกรรมที่วุ่นวายก้าวร้าว รื้อข้าวของ (Ruth et al., 2006) ภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (WHO, 2003; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2006; Tas et al., 2007) นำไปสู่การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง จึงต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เกิดภาวะการพึ่งพาระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และประเทศชาติ

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็น “โรคครอบครัว” เนื่องจากอาการของโรคไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบไปถึงผู้ดูแล และทุกคนในครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นภาระหนักมาก นับตั้งแต่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะกลายเป็นบุคคลสำคัญจากการมีบทบาทใหม่เพิ่มเติม คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม บทบาทหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้มีความยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน (Sansoni, Vellone & Piras, 2004) ยิ่งเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ยิ่งต้องใช้ความพยายามและความอดทนในระดับค่อนข้างสูง เพราะผู้ดูแลต้องเผชิญกับความก้าวหน้าของโรคที่ทรุดลงทุกวัน ซึ่งมีความบกพร่องในการดูแลตนเองจากการสูญเสียการทำงานของสมองหลายๆ ด้านพร้อมกันอย่างช้าๆ แต่ถาวร ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และการดูแลตนเองในที่สุด (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547) อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม บุคลิกภาพ และอาการทางจิตประสาทที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค โดยจะต้องให้การดูแลจัดการแก้ไขปัญหาลักษณะหน้าทุกวันเช่นกัน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553; The National Institute on Aging, 2015) ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม กระจกหัก การฆ่าตัวตาย เป็นต้น (Alzheimer's Association, 2012; Kearney, Harwood, Gladman, Lincoln & Masud, 2013) และผลการศึกษาโดยการติดตามผู้สูงอายุระยะเวลา 10 ปี พบว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศฝรั่งเศสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spiers et al., 2005; Tas, et al., 2007; Tas, et al., 2006; WHO, 2003; Sihapark, 2013) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแล จนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วย โดยที่บุคคลอื่นไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องนี้ (Brodaty, 2009)

ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความก้าวหน้าของโรคอยู่ตลอดเวลา และต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน จนในระยท้ายของภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ

ตนเองจึงมีภาวะพึ่งพิงต่อผู้ดูแล นับเป็นภาระหนักทั้งต่อร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล (Brodaty, 2009) ทำให้เกิดผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในหลายๆด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลประสบปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 80.56 ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากการเป็นผู้ดูแล ได้แก่ ปวดหลัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่า มีอาการปวดหลัง เมื่อตามตัวร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง (ศิริณี ศรีหาคาด และคณะ, 2556; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2557) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุดกับญาติผู้ดูแล พบว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ระดับสูง เนื่องจากต้องให้การดูแลตลอดทั้งวัน (The National Institute on Aging, 2015) และเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเพิ่มระดับปัญหาทางพฤติกรรม และอาการทางจิต ซึ่งสามารถบ่งชี้ผลกระทบที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล (Hooker et al., 2002) ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีความทุกข์ใจ เกิดความโศกเศร้าอย่างรุนแรง มีการแยกตัวออกจากสังคม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมลดลง (Kiely, Prigerson, & Mitchell, 2008; Marwit & Meuser, 2005; Meuser, Marwit, & Sanders, 2004; Silverberg, 2008) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความโศกเศร้าตั้งแต่ขณะให้การดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Marwit & Meuser, 2001; Meuser, Marwit, 2002) การดูแลยังทำให้เกิดความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการตอบสนองทางอารมณ์และผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Pinquart & Sorensen, 2007) การตอบสนองทางอารมณ์กับความเครียดแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์การดูแลและรูปแบบการเผชิญปัญหา ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์เกิดได้ทั้งภาวะซึมเศร้า (Schulz et al., 2003) ความวิตกกังวล (Cooper et al., 2007) และความรู้สึกลบ (Brummett et al., 2006) นอกจากนี้ความเครียดของญาติผู้ดูแลยังมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งความรู้สึกเป็นภาระ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Kim et al., 2009) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานหรืออาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปทำงานบางเวลาซึ่งอาจส่งผลทำให้มีรายได้ลดลง ในบางรายอาจเกิดปัญหานี้สืบตามมา จนในที่สุดอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) จากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ปี 2552 พบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาภาวะสมองเสื่อมเกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติ และค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical care costs) รองลงมาเป็นค่ายาในการรักษา มีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,155-5,338 บาทต่อเดือน (เสาวลักษณ์ ตรงครวี่,

ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว และคณะ, 2552) ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการทำกิจวัตรประจำวันก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่ายในการดูแลรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 9,241-41,643 บาทต่อเดือนในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับเล็กน้อยถึงมีอาการรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องเผชิญกับความก้าวหน้าของโรคที่มีอาการแย่งเรื่อยๆ ทำให้ครอบครัวและญาติผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอำนาจการทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระดับสูง ตามระยะการดำเนินโรค ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินโรค การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของโรค จะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, Shyu, Tsai, Yang & Yao (2013) ศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในประเทศไต้หวัน พบว่า ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ($r = 0.248, P = 0.001$) และความเครียดในบทบาทมากขึ้น ($r = 0.159, P = 0.035$) และการเตรียมความพร้อมที่ดีสามารถลดความเครียดในบทบาท ($R^2_{\text{change}} = 1.2\%, P = 0.217$) และมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = 4.8\%, P = 0.029$) ส่วนตัวแปรปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น มีแนวคิดมาจากแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน ที่ให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลหลัก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความความพึงพอใจในด้านร่างกาย จิตใจ มีความเชื่อมั่นในการดูแล และลดภาวะซึมเศร้าได้ (Hooyman & Kiyak, 2009) จากการศึกษาของ Choo et al. (2003) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศมาเลเซีย โดยใช้กรอบแนวคิด Stress & Coping พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2 = 3.611, df = 1, p \leq 0.05$) หากญาติผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมจะมีการรับรู้ภาระการดูแลต่ำ และยังพบว่า การรับรู้ภาระการดูแลที่มาก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และมีความเครียดในระดับสูงขึ้น ส่วนตัวแปรความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง จากการศึกษาของนภาพร ฤทธิวีรกุล (2548) ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) พบว่า มีความเครียดจากการดูแลระดับค่อนข้างต่ำ (Mean=89.38, SD.= 36.25, Skewness = 1.029) ความเครียดจากการดูแล

และปัญหาการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = -.471, p < .01, r = -.417, p < .01$ ตามลำดับ) ความเครียดจากการดูแลและปัญหาการสื่อสารร่วมทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 27.4 ($F_{(2, 87)} = 16.429, p < .01$) โดยความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ 22% ($F_{(1, 88)} = 25.134, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า ความพร้อมในการดูแลที่ดีสามารถลดความเครียดในบทบาท และคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของญาติผู้ดูแล ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแลในระดับสูง แต่การศึกษาที่ผ่านมามีศึกษาในประเทศได้หวั่น ส่วนปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ซึ่งภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศมาเลเซีย ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาตัวแปรเหล่านี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และใช้ทฤษฎี Stress and Coping และยังมีการศึกษาตัวแปรเหล่านี้ในญาติผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีน้อย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นญาติผู้ดูแลจะมีบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาตัวแปรเหล่านี้ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี The Family Care Model ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความชัดเจนของปรากฏการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานวางแผนการพยาบาลให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เมื่อญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของญาติผู้ดูแลที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร
2. ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

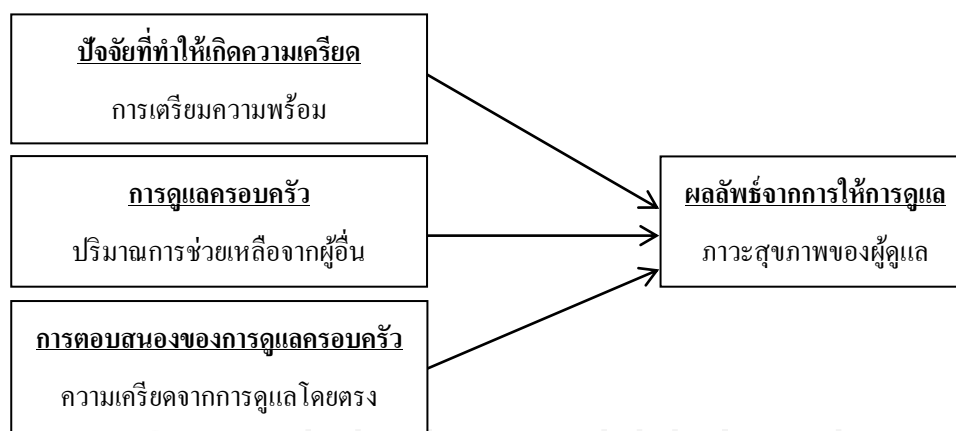
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) โดยศึกษาอำนาจการทำนายการเตรียมความพร้อม ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความสมดุลของการดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1980) เริ่มแรกพัฒนามาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Archbold และส่วนหนึ่งของ Role Theory โดยเริ่มจากการสำรวจการดูแลครอบครัวในผู้สูงอายุที่เปราะบาง และ Archbold & Stewart ได้พัฒนามาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตั้งแต่ช่วงต้นจนถึงช่วงกลางปีค.ศ.1980 ซึ่งทฤษฎีได้เน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุ และญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์ของการดูแลปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) ประสบการณ์การดูแลทั้งทางลบและทางบวก โดยประสบการณ์ทางด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) และประสบการณ์ทางด้านบวก คือ รางวัลในการดูแล (rewards of family care) ซึ่งประสบการณ์ทั้งสองด้านจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Wirojratana, 2002)

แนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart (1980 - 1982) ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (antecedent factors) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (antecedent factors) ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล 2) การดูแลครอบครัว (family care) ประกอบด้วย ปริมาณกิจกรรมในการดูแล (amount of direct

care) ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (amount of help from others) และความสามารถในการทำนายการดูแล (predictability) 3) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (responses to family care) ผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ประสบการณ์ด้านบวก คือ การได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล (reward of family care) และประสบการณ์ด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) 4) ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (outcome of caregiving) ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

เมื่อบุคคลในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาว และมีความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รักษาได้เพียงชะลอความเสื่อมของสมองเท่านั้น และเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น จนมีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง อาจต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาก่อน ทำให้ต้องใช้ความพยายามและความอดทนที่ค่อนข้างสูง และยังเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ทรุดลงทุกวัน และอาจจะต้องจัดการแก้ไขปัญหาลักษณะเฉพาะหน้าทุกวัน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในหลายๆด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อม ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถศึกษาความสัมพันธ์ได้จากกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน (The Family Care Model) ของ Archbold & Stewart (1980) สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ดังแผนภูมิที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัย ดังนี้ การเตรียมความพร้อม ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยนำแนวคิดการดูแลครอบครัว ใช้ในการกำหนดปัจจัยที่ต้องการศึกษาที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นญาติที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 จำนวน 100 ราย

นิยามศัพท์

ความพร้อมในการดูแล (Preparedness) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของผู้ดูแลที่เชื่อว่าตนเองมีความพร้อมสำหรับการให้การดูแล และความเครียดของการดูแล (Rusinak & Murphy, 1995) ใช้แบบวัดการเตรียมความพร้อมของ Archbold & Stewart (1990) ซึ่งในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่าความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่าความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น (Amount of help from others) หมายถึง จำนวนความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ได้แก่ ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่ช่วยผู้ดูแลในครอบครัวในการให้กิจกรรมการดูแล ประเมินโดยใช้แบบวัดปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของ Archbold & Stewart (1990) ซึ่งในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่าได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่าได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (Strain from direct care) หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากกิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล การดูแลด้านการเคลื่อนไหวและการป้องกัน การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลเรื่องการเงิน การดูแลในการเคลื่อนย้าย การดูแลงานบ้าน การดูแลด้านอารมณ์ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และการเตรียมการดูแล ประเมินโดยใช้แบบวัดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของ Archbold & Stewart (1990) ซึ่งในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่ามีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่ามีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับต่ำ

ภาวะสุขภาพ (Health status) หมายถึง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในผู้ดูแลครอบครัวต่อภาวะสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำงานของสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ วัดโดยใช้เครื่องมือ SF-12 Short Form Health Survey (SF-12) เวอร์ชัน 2 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3-5 ระดับ ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อย แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีอยู่ในระดับต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทราบถึงลักษณะของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล การจัดทำโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแล เพื่อให้บริการสุขภาพกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ครอบคลุมหัวข้อดังนี้

2.1 ภาวะสมองเสื่อม

2.1.1 ความหมาย

2.1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2.1.4 ลักษณะทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อม

2.1.5 การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

2.1.6 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล

2.1.7 ผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)

2.2.2 ความหมายของญาติผู้ดูแล

2.2.3 บทบาทของญาติผู้ดูแล

2.2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล

2.3. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ความพร้อมในการดูแล กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

2.4.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

2.4.3 ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

2.5 สรุป

2.1 ภาวะสมองเสื่อม

2.1.1 ความหมาย

ความหมายของภาวะสมองเสื่อมนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันออกไป ดังนี้ จากองค์การอนามัยโลก WHO (2015) ให้คำนิยามของภาวะสมองเสื่อมไว้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะเรื้อรังหรือมีความก้าวหน้าของโรค โดยมีการเสื่อมสภาพในการทำงานทางสติปัญญา (เช่น ในด้านความสามารถในการประมวลผลทางความคิด) มากกว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในภาวะปกติ ซึ่งมีผลกระทบต่อความจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัว การบกพร่องในการทำงานของสติปัญญาอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมหรือแรงจูงใจในบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zacharopoulou et al. (2015) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ไม่ใช่โรค แต่เป็นคำที่ใช้อธิบายถึงอาการการบกพร่องทางความจำ การสื่อสาร และความคิด ซึ่งมีความสนใจ และการตัดสินใจลดลง มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ มีปัญหาทางพฤติกรรม และจากการศึกษาของสุพรรณ ศรีธรรมมา (2558) กล่าวว่า สมองเสื่อมไม่ได้เป็นโรค แต่เป็นภาวะหนึ่งของสมองที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ พบว่า 70% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม มีสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในคนปกติจะมีเซลล์สมองประมาณ 1 แสนล้านเซลล์ จะเริ่มมีพัฒนาการตั้งแต่ยังเป็นทารกอยู่ในครรภ์จนถึงอายุ 30 ปี ต่อจากนั้นเซลล์สมองจะค่อยๆเสื่อมลง เมื่ออายุมากขึ้นประมาณ 60-65 ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง ทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ความจำเสื่อม ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ มีพฤติกรรมแปลกๆ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความเข้าใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเสื่อมของสมองนี้จะเป็นอย่างต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไปในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันทั้งในด้านอาชีพการงานและชีวิตส่วนตัว ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย แต่ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ

สรุปความหมายของภาวะสมองเสื่อมได้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านการจำ การรู้คิด และสติปัญญาอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นมากกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความสามารถด้านการรู้คิดลดลง ทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อยครั้ง โดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้ตัว หรือมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป จนท้ายที่สุดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนเกิดภาวะพึ่งพา และเสียชีวิตลง

2.1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของกลุ่มอาการสมองเสื่อมมีมากมายและยังมีวิธีจำแนกแตกต่างกันออกไปในหลายลักษณะ แต่ในที่นี้เป็นการจำแนกตามที่มาของสาเหตุ ดังนี้

2.1.2.1 สาเหตุปฐมภูมิ (Primary dementia) เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ซึ่งไม่ทราบสาเหตุการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทได้ชัดเจน (Neurodegenerative disease) ดังนั้นจึงไม่สามารถรักษาให้หายขาด ป้องกัน หรือหยุดยั้งการดำเนินโรคได้ (Anand, Gill, & Mahdi, 2014) กลุ่มที่พบนี้มีประมาณ 60-70% ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคอื่นๆ เช่น โรคพิก (Pick's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2553)

2.1.2.2 สาเหตุทุติยภูมิ (Secondary dementia) เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความบกพร่องในส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานในเซลล์ประสาท ก่อให้เกิดอาการสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาบำบัดให้หายได้ (reversible) หรืออาการสมองเสื่อมไม่มีความก้าวหน้ามากขึ้น (arrestable) (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2553) ได้แก่

- โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดจากสาเหตุต่างๆ (Vascular dementia) ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยเกิดจากโรคหลอดเลือดเสื่อมจาก atherosclerosis และ arteriosclerosis ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหนาตัวขึ้น แข็ง และมีการตีบตัวผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงมากถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองตายไป ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะมีหลอดเลือดสมองตีบตัวผิดปกติ มักจะอยู่ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง เบาหวาน ระดับไขมันโคเลสเตอรอลสูง มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) หรือผู้ที่สูบบุหรี่ (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke & the National Institute on Aging, 2013)

- เกิดจากการติดเชื้อในสมองที่มีเชื้อไวรัสหลายชนิด ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบในสมอง เช่น ไวรัสสมองอักเสบที่เกิดจากไวรัสชนิดหนึ่งที่อยู่ในหมู โดยมีุงเป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยจะมีไข้สูงและไวรัสขึ้นสมอง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือรอดชีวิต แต่มีการเสียหายของเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายไปเกิดอาการสมองเสื่อม และในปัจจุบันยังไม่พบเชื้อไวรัสจากวัว หรือโรควัวบ้า เมื่อมีการติดเชื้อทำให้มีการทำลายเนื้อสมอง

- เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 12 และวิตามินดี โดยผู้ที่ขาดวิตามินบี 1 มักพบในผู้ป่วยที่ติดเหล้าหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

เมื่อได้รับวิตามินบี 1 ไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติหรืออาจถึงขั้นเซลล์สมองตายไป วิตามินบี 12 จะได้จากน้ำปลาหรืออาหารจากเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยที่ขาดวิตามินบี 12 มักพบในผู้ที่กินมังสาวิธอย่างเคร่งครัด และอาจพบในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งเป็นส่วนที่ดูดซึมวิตามินบี 12 เข้าสู่ร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับวิตามินบี 12 ต่ำเกือบร้อยละ 70 มีแนวโน้มที่จะพัฒนาให้เกิดภาวะสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์ และผู้ที่มีความบกพร่องรุนแรงมากกว่าร้อยละ 120 ยังมีโอกาสมากขึ้นในการพัฒนาของโรค (Littlejohns et al., 2014)

- เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบเมตาบอลิซึมของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากหรือน้อยไป การทำงานของตับหรือไตผิดปกติ ทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้ายังคงเป็นอยู่นานๆ จะทำให้มีอาการสมองเสื่อมได้

- เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะถูกกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอ พบได้ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะได้รับการกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะนักมวย นักกีฬาฟุตบอล ทหารผ่านศึก และผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งการกระทบกระแทกทำให้เนื้อสมองตายเป็นจำนวนมาก และทำให้มีอาการสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการกระทบกระแทกที่ศีรษะ จากงานวิจัยพบว่า การได้รับบาดเจ็บระดับปานกลางจะเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้ถึง 2 เท่า และถ้าได้รับบาดเจ็บระดับรุนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้ 4.5 เท่า (Plassman et al., 2000; Alzheimer's Association, 2015)

2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เกิดจากการพัฒนาของโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นผลมาจากปัจจัยหลายๆสาเหตุมากกว่าสาเหตุเดียว ดังนี้

2.1.3.1 อายุ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้คนส่วนใหญ่ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 65 ปีหรือมากกว่า และคนที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ก็สามารถเกิดการพัฒนาของโรคได้ แม้ว่าจะเป็นกรณีที่หายาก แต่ปัจจัยด้านอายุเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดโรคได้ (Alzheimer's Association, 2015)

2.1.3.2 เพศ พบว่า เพศหญิงเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม ทันทมงคลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2556) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย ทำ

ให้มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง หรือจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายที่พบในโครงสร้างประชากรไทย หรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านความผิดปกติของฮอร์โมนเอสโตรเจน

2.1.3.3 การศึกษาและอาชีพ ภาวะสมองเสื่อมพบมากในผู้ที่มีการศึกษาน้อยต่ำ จากการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม ทันทมงคลชัย และสุภชัย ปิติกุลตั้ง (2556) พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ได้รับการคัดกรองว่า มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา และการประกอบอาชีพปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การที่ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพทำให้ต้องมีการคิดวางแผนการทำงาน มีการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่อง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย พบปะผู้คน มีการทำงานที่ซับซ้อนกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2.1.3.4 เศรษฐฐานะ โดยทั่วไปพบว่า ความชุกของอาการสมองเสื่อมมักพบได้ในผู้ที่อยู่ในเศรษฐานะต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุหลายอย่าง โดยเฉพาะการศึกษาที่ต่ำทำให้การตอบแบบสอบถามต่างๆ ตลอดจนการตรวจการทำงานขั้นสูงของสมอง (Higher cortical function) ทำได้ไม่ดี ทำให้อุบัติการณ์เพิ่มขึ้น

2.1.3.5 ที่อยู่อาศัย การศึกษาความชุกของอาการสมองเสื่อมส่วนมากศึกษาในเมืองใหญ่ จึงเป็นการยากที่จะเปรียบเทียบว่าผู้อยู่ในเมืองหรืออยู่ในชนบท จะเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่ากัน

2.1.3.6 เชื้อชาติ อาการสมองเสื่อมพบได้ในทุกเชื้อชาติ ความแตกต่างในอุบัติการณ์ของอาการสมองเสื่อมและโรคที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง

2.1.3.7 ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมและยีนส์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ หรือมีประวัติดาวน์ซินโดรม (Down's syndrome) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ที่เกินออกมาทำให้เกิด amyloid และมีความผิดปกติทางพันธุกรรมของอะโปไลโปโปรตีน อี (Apolipoprotein E) ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น APOE E4 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้นและมีความสัมพันธ์ในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในบุคคลที่อายุน้อย แต่โปรตีน APOE E4 ไม่ได้บ่งบอกว่าทำให้บุคคลนั้นๆเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างสิ้นเชิง และในบางครั้งผู้ที่ไม่ได้มีโปรตีน APOE E4 ก็อาจเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (The National Institute on Aging, 2015)

2.1.3.8 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สภาวะแวดล้อม และการใช้ชีวิต ในด้านสุขภาพ พบว่า นอกจากพันธุกรรมจะมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแล้ว การเกิดการเรียนรู้ติดบกพร่องยังมีความสัมพันธ์กับระบบหลอดเลือดด้วย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดจากการมีความผิดปกติในระบบเมตาบอลิก เช่น โรคเบาหวาน และโรคอ้วน

เป็นต้น นอกจากนี้การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าสังคม และการมีจิตใจที่ดี มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีเท่าที่อายุควรจะเป็น และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่อง และลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

2.1.4 ลักษณะทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะมีการสูญเสียความสามารถของสมองแล้ว ในบางกรณีอาจมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอาจมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วย ซึ่งอาการทางคลินิกที่พบ ที่บ่งว่ามีพยาธิสภาพของสมอง ผู้สูงอายุจะมีอาการดังนี้

2.1.4.1 สูญเสียความสามารถของสมองในด้านความจำ เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่เรียกว่า cortical dementia โดยจะสูญเสียการทำงานของสมองส่วน cortex ซึ่งในระยะเริ่มแรกที่มีอาการจะเกิดจากการเสียการทำงานของ entorhinal cortex และ hippocampus ทำให้มีอาการเสียความทรงจำเด่น (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2553)

2.1.4.2 สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาพูด (Aphasia) เช่น ไม่สามารถบอกชื่อคนและสิ่งของ คำพูดของผู้สูงอายุจะคลุมเครือและววน หรือพูดไม่ได้เลย เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ส่วน Dominant hemisphere

2.1.4.3 ไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายได้ (Apraxia) แม้ว่าจะกล้ามเนื้อและประสาทการรับรู้เป็นปกติ ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (Ideation apraxia) เช่น บอกให้หิวผมหรือเขียนหนังสือจะทำไม่ได้ ผู้สูงอายุมีการเดินผิดปกติ (Gait apraxia) โดยเดินลักษณะไม่มั่นคงและหกล้มง่าย ส่วนใหญ่พบผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพที่ Corpus callosum

2.1.4.4 ไม่รู้ว่าสิ่งที่มองเห็น ได้ยิน หรือสัมผัสเป็นอะไร (Agnosia) ชนิดที่สำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าสิ่งที่เห็นเป็นอะไร (Visual agnosia) เช่น ให้ดูลูกกุญแจผู้สูงอายุจะบอกไม่ได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหลัง Occipital lobe ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร (Auditory agnosia) เช่น ได้ฟังเสียงกริ่งผู้สูงอายุจะไม่ทราบ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนขม่อม (Temporal lobe) ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าสิ่งที่ตนสัมผัสเป็นอะไร (Tactile agnosia) เช่น ให้กำเหรียญ ผู้สูงอายุจะไม่ทราบ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนข้างขม่อม (Parietal lobe)

2.1.4.5 หน้าที่ในเชิงบริหารเสีย (Executive Function) หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ความคิดเชิงนามธรรม ไม่สามารถวางแผนการทำงาน ขาดการริเริ่ม และการติดตามงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งขาดการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

2.1.5 การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม สามารถแบ่งได้หลายแบบ จาก The Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) vignettes for dementia สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ ดังนี้ (Alzheimer's Association, 2015)

1) ระดับไม่รุนแรง (Mild dementia) ระยะนี้มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย แต่ญาติเริ่มสังเกตเห็นได้ถึงความคิดของผู้ป่วย จะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น ลืมว่าลูกสาวมาเยี่ยมเมื่อวันก่อน หรือลืมนำได้กินยาไปแล้ว เริ่มมีความยากลำบากในการมีสมาธิ การคิดที่ยืดหยุ่น การวางแผน และการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสับสน วิดกกังวล และซึมเศร้า และอาจมีความรู้สึกโกรธเมื่อถูกผู้อื่นชี้ให้เห็นข้อผิดพลาด

2) ระดับปานกลาง (Moderate dementia) ระยะนี้ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น สามารถจำได้เพียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรก แต่จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ หรือลืมอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบวัน วันที่ หรือเวลาของวัน ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ที่ไหน ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจน มีปัญหาในการใช้คำที่ถูกต้องเหมาะสมและใช้คำผิด ในช่วงท้ายของระยะนี้อาจจะได้ยินเสียงหรือเห็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน และพัฒนาให้มีความเชื่อผิดๆ เช่น มีเด็กเข้ามาขโมยสิ่งของในบ้าน เป็นต้น และมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวล เศร้า สับสน และกลายเป็นคนก้าวร้าวได้

3) ระดับรุนแรง (Severe dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถจำบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวได้ มีความยากลำบากในการใช้คำพูดหรือไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความกระตือรือร้นและไม่ปฏิบัติตามเลย แต่ในบางครั้งมีอาการกระวนกระวาย และมีความก้าวร้าวทั้งทางคำพูดและทางร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวทางร่างกายได้ อาจมีความสูญเสียความสามารถในการเดิน การรับประทานอาหารด้วยตนเอง และมีความยากลำบากในการกลืน และมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมสมาคมอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Association, 2012; Rose&Lopez, 2012) แบ่งระยะของโรคอัลไซเมอร์ออกเป็น 7 ระยะตามการสูญเสียความจำ (Memory loss) และความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional loss) ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ไม่มีปัญหาด้านความจำ และยังไม่พบความผิดปกติใดๆสามารถทำงานได้ปกติ

2. ระยะที่ 2 ความจำลดลงเล็กน้อย (Very mild decline) เริ่มมีการหลงลืมเหตุการณ์ปัจจุบัน และผู้ป่วยเองจะเริ่มรู้สึกว่าความสามารถในการจำน้อยลง แต่ไม่เป็นที่สังเกตสำหรับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด

3. ระยะที่ 3 ความสามารถในการรู้คิดลดลงเล็กน้อย (Mild cognitive decline) จำชื่อคนใหม่ๆ หรือสถานที่ใหม่ไม่ได้ ถ้าออกจากบ้านอาจหลงทางได้ พุดซ้ำ ถามซ้ำ และ

ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ลดลง การเก็บสิ่งของผิดที่หรือหาสิ่งของตนเองไม่เจอ

4. ระยะที่ 4 ความสามารถในการรู้คิดลดลงปานกลาง (Moderate cognitive decline) ลืมประวัติส่วนตัว ความรู้เหตุการณ์ปัจจุบันลดลง และมีความยากในการทำกิจกรรม เช่น การใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการการเงิน การใช้จ่าย เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย กระทำบางอย่างที่ไม่สมเหตุผล

5. ระยะที่ 5 ความสามารถในการรู้คิดลดลงมาก (Moderate severe decline) สับสนเรื่องเวลา สถานที่ ไม่สามารถจำเรื่องสำคัญของชีวิต และอาจยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ปัสสาวะ อุจจาระ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศและกาลเทศะ บางครั้งไม่สามารถจำบ้านของตนเองได้

6. ระยะที่ 6 ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างรุนแรง (Severe decline) ไม่สามารถที่จะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสูญเสียการรู้คิด การใช้ภาษา มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในการนอนหลับ เดินไปมาไร้จุดหมาย และหลงทาง

7. ระยะที่ 7 ความสามารถในการรู้คิดลดลงอย่างรุนแรงมาก (Very severe decline) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ บางรายจะไม่เดิน สูญเสียความสามารถในการสื่อสาร มีปัญหาข้อติด และปัญหาการกลืน

2.1.6 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล

2.1.6.1 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่มีลักษณะเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงถือว่าเป็นงานที่หนักและต้องให้การดูแลติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหลายปี โดยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยที่ส่วนใหญ่รักษาไม่หาย ความเสื่อม หรือการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ จะบกพร่องไปตามกาลเวลา มีภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากตัวผู้สูงอายุ และจากการดูแลได้ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวอาจเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ อ่อนล้า หรือไม่ก็อาจมีอาการโกรธขึ้นได้ ถ้าไม่มีความเข้าใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีพอ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านทักษะการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงในด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงในความ

ใกล้ชิดและความสัมพันธ์ทางเพศ ดังนั้นการมีความเข้าใจ มีความรู้หรือแนวทางในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะช่วยลดภาวะเครียดหรือปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นได้ดังนี้ (National Institute on Aging, 2015)

1) การเปลี่ยนแปลงในด้านทักษะการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะค่อยๆ สูญเสียทักษะการสื่อสาร เนื่องจากการตายของเซลล์สมองเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ และการคิดอย่างชัดเจน ทำให้ลืมและสับสนได้ง่าย ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะมีปัญหาในด้านการจดจำ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพยายามหาคำพูดต่างๆ หรือลืมสิ่งที่ต้องการจะพูด ผู้ดูแลอาจจะรู้สึกกระวนกระวายใจและหวังว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสามารถบอกสิ่งที่ต้องการได้ แต่ก็ไม่สามารถสื่อสารถึงความต้องการได้ ซึ่งปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาในการใช้คำพูดที่เหมาะสม ปัญหาในการเข้าใจความหมายของคำ ปัญหาในการให้ความสนใจในระหว่างสนทนา ยาว สูญเสียลำดับของความคิด ปัญหาในการจดจำขั้นตอนในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ เช่น การปรุงอาหาร การจ่ายเงิน การแต่งตัว หรือการซักผ้า เป็นต้น มีปัญหาในการปิดกั้นเสียงจากรอบข้าง เช่น เสียงจากวิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ หรือเสียงสนทนาภายในห้อง เป็นต้น มีความไม่พอใจเมื่อไม่สามารถสื่อสารได้ มีความไวต่อการสัมผัส การรับรู้โทนเสียง และความดังของเสียง ทั้งนี้วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการเปลี่ยนแปลงในด้านทักษะการสื่อสาร สามารถรับมือและจัดการได้ โดยขั้นตอนแรกต้องทำความเข้าใจถึงภาวะสมองเสื่อมนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทักษะเหล่านี้ ขั้นตอนที่สองคือปฏิบัติตามคำแนะนำที่ทำให้การสื่อสารได้ง่ายขึ้น ดังต่อไปนี้ สบตาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้มีความสนใจขณะที่เรียกชื่อ ระวังในการใช้โทนเสียงเสียงและความดังของเสียง รวมทั้งการใช้ภาษากาย เนื่องจากภาษากายคือ ข้อความที่ผู้ดูแลส่งออกไป เช่น ถ้าผู้ดูแลยื่นกอดออก อาจจะส่งข้อความได้ว่ากำลังเครียดหรือโกรธอยู่ ให้กำลังใจหรือสัมผัสที่อ่อนโยน ในขณะที่สนทนาทุกครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกดีขึ้น พยายามเบี่ยงเบนความสนใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหากการสื่อสารทำให้เกิดปัญหา โดยให้ทำกิจกรรมที่สนุกสนานแทน เช่น รับประทานขนมหรือเดินไปรอบๆ พื้นที่ใกล้เคียง เป็นต้น การแสดงความรู้สึกเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสื่อสารได้มากขึ้น ได้แก่ แสดงความรัก ความอบอุ่นอย่างจริงใจ สัมผัสมือของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในขณะที่พูดคุยกัน พยายามเข้าใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ยากเข้าใจ ทำข้อตกลงในการอยู่ร่วมกัน ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความโกรธ ให้คิดไว้ว่าอาการเหล่านี้เกิดจากอาการป่วย และเมื่อผู้ดูแลรู้สึกผิดหวังไม่มีกำลังใจ ควรใช้เวลาสำหรับตัวเอง หลักการพูดคุยอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อม ได้แก่ ใช้คำพูด ที่เรียบง่าย แนะนำขั้นตอนแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด มีการทวน คำแนะนำและให้เวลามากขึ้นในการปฏิบัติ พยายามไม่รบกวน ไม่พูดถึงบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ไม่ใช่เสียงหรือคำพูดแบบเด็ก หรืออาจแนะนำให้ลองปฏิบัติตามวิธีนี้ แทนการใช้ให้เห็นถึงความ ผิดพลาด หรือกล่าวโทษ และผู้ดูแลกล่าวขอบคุณ ชมเชยเสมอ เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติตามได้ดี แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์แบบ นอกจากนี้ในการถามคำถาม ควรถาม คำถามที่ต้องการคำตอบใช่หรือไม่ จำกัดจำนวนของตัวเลือก ใช้คำพูดที่แตกต่างกันถ้าผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่เข้าใจในสิ่งที่พูดเป็นครั้งแรก ไม่ควรใช้คำพูดเชิงตำหนิ

2) การเปลี่ยนแปลงในด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม เนื่องจากภาวะ สมองเสื่อมมีการของตายเซลล์สมองเป็นจำนวนมาก ทำให้สมองทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ จากสาเหตุนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จะสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะแสดงพฤติกรรมทั้งดีหรือไม่ดีในแต่ละวัน ซึ่งแตกต่างจากบุคลิกภาพทั่วไป ได้แก่ มีอารมณ์เสีย วิตกกังวล และโกรธง่ายขึ้น มีภาวะหุดหู่เศร้าซึม หรือไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบข้าง มีการนำสิ่งของไปซ่อนหรือเชื่อว่าผู้อื่นกำลังนำสิ่งของไปซ่อน จินตนาการถึงสิ่งที่ไม่ได้มีอยู่จริง เดินออกจากบ้าน เดินไปเดินมาตลอดเวลา แสดงพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ ดีผู้ดูแลหรือคนอื่นๆ เข้าใจผิดในสิ่งที่เห็นหรือได้ยิน นอกจากนี้อาจสังเกตเห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเริ่ม ไม่ดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ และต้องการที่จะสวมใส่เสื้อผ้าตัวเดิมทุกวัน และพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกเหนือจากการตาย ของเซลล์สมอง ได้แก่ มีความโศกเศร้า ความกลัว หรือความรู้สึกของการถูกรบกวน มีความเครียด ที่เกิดจากบางสิ่งบางอย่างหรือจากใครบางคน รู้สึกสับสนหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงใน ชีวิตประจำวันรวมทั้งจากการเดินทาง วิตกกังวลเกี่ยวกับการย้ายสถานที่ หรือมีปัญหาทางด้าน สุขภาพ ได้แก่ มีการเจ็บป่วยหรือเจ็บปวด ได้รับประทานยาตัวใหม่ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีการติดเชื้อ ท้องผูก หิว หรือกระหาย สายตาหรือการได้ยินไม่ดี มีอาการขาดแอลกอฮอล์ หรือ ได้รับคาเฟอีนมากเกินไป เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ อยู่ในสถานที่ที่ไม่รู้จัก ไม่คุ้นเคย และมีเสียงดังมากเกินไปเช่น เสียงโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงคนคุยกัน ซึ่งเสียงรบกวนเหล่านี้ สามารถทำให้เกิดความสับสนหรือความไม่พึงพอใจได้ เกิดการเข้าใจผิดถึงความหมายของป้าย สัญลักษณ์ต่างๆ สัญลักษณ์บางอย่างอาจทำให้เกิดความสับสน เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เห็นป้ายที่มีรูปภาพและเขียนว่า พื้นเปียก อาจเข้าใจผิดคิดว่าสามารถปีนสาละลงบนพื้นได้ เป็นต้น หรือบางครั้งต้องกระจก แต่คิดว่าบุคคลในกระจกคือผู้อื่น ไม่ใช่ตนเอง ทั้งนี้วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมจากการเปลี่ยนแปลงในด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม สามารถรับมือและจัดการได้

ดังนี้ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมปฏิบัติในสิ่งที่ยาก สามารถสอบถาม หรือบอกให้ปฏิบัติทีละขั้นตอน โดยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อให้ทราบว่าเวลาใด ต้องทำอะไรบ้าง ให้ความเชื่อมั่น ความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมว่าผู้ดูแลจะอยู่คอยช่วยเหลือข้างๆ อย่าได้เถียงหรือพยายามที่จะให้เหตุผล ไม่แสดงความโกรธหรือความไม่พอใจ ให้ถอยออกมาหายใจเข้าออกลึกๆ นับหนึ่งถึงสิบ หรือออกไปจากห้องสักพัก ควรใช้อารมณ์ขันในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้บทเพลง การร้องเพลง การเต้น ในการเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ดูแลอาจขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ให้ช่วยเหลือในการพับเสื้อผ้า จัดโต๊ะ เป็นต้น หากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมร้ายแรง หรือมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ตี กัด ตนเองหรือผู้อื่น มีภาวะซึมเศร้า เห็นภาพหลอนให้ปรึกษาแพทย์

ปัญหาด้านการนอน (sleep problems) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะนอนหลับมากในเวลากลางวัน ไม่ขมอดนอนเวลากลางคืน(sundowning) เดินไปเดินมา กระวนกระวาย จึงมีแนวทางการจัดการกับปัญหา ดังนี้ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ออกกำลังกายในแต่ละวัน หรือให้ทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากในช่วงต้นของวัน เช่น การอาบน้ำในตอนเช้า เป็นต้น มีการจำกัดเวลาในการนอนกลางวัน จัดสถานที่ให้เงียบสงบในช่วงเวลาเย็น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน อาจเปิดเพลงสบายๆให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฟังเมื่อต้องการ และพยายามให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้านอนตอนกลางคืนในเวลาเดียวกันทุกครั้ง กดเครื่องดื่มน้ำที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน และเปิดไฟกลางคืนในห้องนอน ห้องโถง และห้องน้ำไว้ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัญหาด้านการเห็นภาพหลอนและหลงผิด (hallucinations and delusions) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีความก้าวหน้าของโรค อาจมีอาการเห็นภาพหลอน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเห็นภาพ ได้ยินเสียง ได้กลิ่น รับรสชาติ หรือมีความรู้สึกถึงบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีอยู่จริง เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายอาจเห็นมารดาของเขาที่เสียชีวิตไปแล้ว อยู่ในห้องพัก หรือมีอาการหลงผิด คือ มีความเชื่อผิดๆอย่างสนิทใจในเรื่องที่ไม่เป็นความจริง เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจคิดว่าคู่สมรสของตนนั้นกำลังนอกใจอยู่ เป็นต้น ซึ่งมีแนวทางการจัดการกับปัญหา ดังนี้ ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาการหลงผิดหรือการเห็นภาพหลอน บอกถึงอาการเจ็บป่วยและยาที่รับประทาน เนื่องจากบางครั้งการเจ็บป่วยหรือยาที่รับประทาน อาจทำให้เกิดภาพหลอนหรือหลงผิดได้ พยายามที่จะไม่ได้แย้งเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเห็นหรือได้ยิน ควรปลอบใจหากรู้สึกกลัวหรือเบี่ยงเบนความสนใจ โดยพาออกไปเดินเล่นข้างนอก ปิดทีวีเมื่อมีรายการที่รุนแรง เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจคิดว่าเหตุการณ์นี้

กำลังเกิดขึ้นจริงในห้องพัก และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีความปลอดภัย ไม่ให้เข้าถึงอุปกรณ์ ของมีคมที่นำมาใช้ในการทำร้ายผู้อื่นหรือตนเองได้

ปัญหาการมีอาการหวาดระแวง (paranoid) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีอาการหวาดระแวง ซึ่งเป็นประเภทของการหลงผิดในการเชื่ออย่างไม่มีเหตุผล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาการหวาดระแวงมักจะเชื่อมโยงกับการสูญเสียความจำ และเหตุการณ์จะแย่ลงเมื่อมีการสูญเสียความจำมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีความหวาดระแวงเมื่อสัมผัสสิ่งต่างๆ เช่น เมื่อสัมผัสสิ่งของ ก็อาจมีอาการหวาดระแวงว่ามีบุคคลหยิบสิ่งของนั้นไป หรือจำผู้ดูแลไม่ได้ โดยจะคิดว่าผู้ดูแลคือคนแปลกหน้า รู้สึกไม่ไว้วางใจ ซึ่งมีแนวทางการจัดการกับปัญหา ดังนี้ อย่าพยายามที่จะโต้ตอบเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกล่าวโทษ อย่าโต้เถียง ดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความปลอดภัย สัมผัสเบาๆ หรือกอดเพื่อแสดงให้เห็นถึงความห่วงใย อธิบายให้บุคคลอื่นๆ เข้าใจถึงอาการหวาดระแวงว่ามีผลมาจากภาวะสมองเสื่อม เบี่ยงเบนความสนใจด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับภาพถ่ายหรือของที่ระลึก เป็นต้น

ปัญหาการมีอาการวุ่นวายและก้าวร้าว (agitation and aggression) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีอาการกระสับกระส่าย รู้สึกเป็นกังวล ไม่สามารถอยู่กับที่ได้ เดินไปมา ไม่สามารถที่จะนอนหลับ หรือก้าวร้าวต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการกระทำ อาจทำร้าย ทบตีเกิดการบาดเจ็บได้ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากมีอาการปวด ซึมเศร้า มีความเครียด นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ท้องผูก มีการเปลี่ยนแปลงสถานที่ สิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำ หรือบุคคลอย่างฉับพลัน มีความรู้สึกถึงการสูญเสีย มีเสียงดังมากเกินไป สับสน หรืออยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนมากเกินไป ถูกบังคับให้ทำกิจกรรมที่ยากมาก หรือผลจากการติ๊กันของยา เนื่องจากการรับประทานยาหลายชนิด ซึ่งมีแนวทางการจัดการกับปัญหา ดังนี้ มองหาสัญญาณเริ่มต้นของอาการวุ่นวายหรือก้าวร้าว แล้วจัดการกับสาเหตุก่อนที่ปัญหาพฤติกรรมจะเกิดขึ้น พยายามเบี่ยงเบนความสนใจด้วยสิ่งของหรือกิจกรรมที่ชอบ ให้ความมั่นใจ พูดอย่างใจเย็น รับฟังความวิตกกังวล ความผิดหวังของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและพยายามแสดงความเข้าใจถึงความรู้สึกโกรธหรือกลัว ลดเสียงรบกวน ให้การสัมผัสอย่างอ่อนโยนเปิดเพลงสบายๆ อ่านหนังสือ หรือเดินเล่น จำกัดเครื่องคิมที่มีคาเฟอีน น้ำตาล และอาหารขยะ และนอกจากนี้ผู้ดูแลควรป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวของคุณจากพฤติกรรมก้าวร้าวโดยอยู่ในที่ปลอดภัยจนกว่าพฤติกรรมจะหยุด ปกป้องไม่ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำร้ายตนเองเท่าที่จะเป็นไปได้ หรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้ยาเพื่อลดอาการวุ่นวายและก้าวร้าว

Copyright by Mahidol University

ปัญหาการหลงทาง (wandering) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะเดิน

ออกไปจากบ้านหรือผู้ดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้หลงทางหรือหายตัวไป มีแนวทางการจัดการกับปัญหาดังนี้ คิดป้ายหรือสิ่งที่แสดงถึงตัวตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจสวมใส่อุปกรณ์ที่ติดตั้ง GPS เพื่อช่วยในการติดตามถึงสถานที่ต่างๆ ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะเดินไปลือกประตูบ้านให้แน่นหนา หรือติดตั้งระบบสัญญาณให้ทราบเมื่อประตูบ้านถูกเปิดออก

3) การเปลี่ยนแปลงในความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ทางเพศ ความใกล้ชิดเป็นความสัมพันธ์พิเศษที่มีให้กับคนที่รักและเคารพ รวมถึงวิธีการที่เราพูดและแสดงกับบุคคลหนึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีการเปลี่ยนแปลงความใกล้ชิดระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ทางเพศเป็นความใกล้ชิดประเภทหนึ่งที่คู่สมรสแสดงความรู้สึกทางร่างกายกับอีกบุคคล จากภาวะของสมองเสื่อมนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ทางเพศทั้งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในหน่วยความจำและพฤติกรรม มีความกลัว กังวล ซึมเศร้า โกรธ และมีความนับถือในตนเองต่ำ จำไม่ได้ว่าเคยใช้ชีวิตร่วมกันมาและความรู้สึกที่มีต่อบุคคลอื่น บางครั้งอาจจะชอบบุคคลอื่น ซึ่งผู้ดูแลต้องพยายามดึงความรู้สึกทางอารมณ์และร่างกายนั้น นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจจะรู้สึกผิดหวังที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการหลงลืม ถามคำถามซ้ำๆ และพฤติกรรมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความรำคาญ ซึ่งมีแนวทางการจัดการกับปัญหาดังนี้ คู่สมรสหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจสูญเสียความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้รู้สึกเหงาหรือผิดหวัง ให้หากิจกรรมทำร่วมกันหรือแสดงความรักด้วยวิธีการอื่น เช่น การพิกัน หรือการจับมือ พบว่าช่วยลดความรู้สึกของความสัมพันธ์ทางเพศได้ หรือให้ทำกิจกรรมอื่น เช่น การนวด หรือเดินรำ เป็นต้น

2.1.6.2 การดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นอกจากภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อโดยรวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกคน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่างของระยะ อาการและอาการแสดง มีประสบการณ์และภูมิหลังของผู้สูงอายุและครอบครัวแตกต่างกัน โดยผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวอาจแตกต่างกันไป เช่น อาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ลูกสะใภ้ พี่น้อง หรือจ้างผู้อื่นดูแล ซึ่งภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเสื่อมของสมอง และมีปัญหาพฤติกรรมที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตของญาติ

ผู้ดูแล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพองค์รวมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

การดูแลสุขภาพองค์รวม 4 มิติ เป็นการดูแลสุขภาพที่ได้ผลดีที่สุดด้วยการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในขณะที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพองค์รวมของตนเองให้ครอบคลุมทุกด้านโดยองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม มี 4 มิติ ดังนี้ (National Institute on Aging, 2015; กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1) มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลควรดูแลตนเอง ดังนี้ ในด้านอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ ปริมาณเหมาะสม รับประทานอาหารหลากหลายชนิด และตามฤดูกาล ในด้านการพักผ่อน ญาติผู้ดูแลควรจัดเวลาและกิจกรรม เพื่อผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุได้ เช่น ดูโทรทัศน์ ทำงานฝีมือ ปลูกต้นไม้ด้วยกัน หรืออาจให้บุคคลอื่นมาสลับเปลี่ยนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อพักผ่อนหรือทำกิจกรรมอื่นๆ เป็นต้น ในด้านการออกกำลังกาย จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีร่างกายแข็งแรงสดชื่น ลดความตึงเครียดเมื่อยล้า ซึ่งปฏิบัติได้หลายวิธีและให้ผลดีต่อร่างกายแตกต่างกัน โดยเลือกวิธีออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย ความพร้อมของสถานที่ เวลา กลุ่มเพื่อน และอุปกรณ์ออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็วหรือวิ่งบนลู่วิ่ง ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก เป็นต้น รวมไปถึงสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย โดยมีปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพ

2) มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งกล่าวได้ว่าถ้าสุขภาพจิตใจดี สุขภาพกายก็จะดีไปด้วย เพราะทั้งสองมิตินี้ทำงานสัมพันธ์กัน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนักและส่งผลหลากหลายทางอารมณ์ อาจจะรู้สึกท้อแท้ เศร้า เหงา ผิดหวัง สับสน หรือโกรธ ความรู้สึกเหล่านี้ถือว่าเป็นเรื่องปกติ หากญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์เหล่านี้ได้ หรือมีแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทางบวก ก็ช่วยทำให้จิตใจเป็นสุข เช่น คิดว่าการดูแลเป็นการตอบแทนผู้มีพระคุณ เป็นการทำความดี ทำบุญที่ยิ่งใหญ่ มองเห็นผลดีจากการดูแลที่ช่วยทำให้ผู้ดูแลลดความเห็นแก่ตัว ได้ทำความดี เป็นการแสดงความรัก ความซื่อสัตย์ เป็นต้น

3) มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผูกพันของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทรเสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง เช่น มีการตั้งกลุ่มหรือชมรมจิตอาสาเพื่อ

ช่วยเหลือดูแลเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน นับเป็นรูปแบบที่สามารถทำได้ เพราะในปัจจุบันสังคมไทย เริ่มมีกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น

4) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตที่บุคคลยึดมั่น และให้ความเคารพ ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่น ศรัทธา ทำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ดี ถูกต้องเหมาะสมด้วยความมีเมตตากรุณา เสียสละ มีความรับผิดชอบ และมีความยินดีเมื่อบุคคลอื่นประสบความสำเร็จ ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ทำความดี เกิดความหลุดพ้นจากตัวเอง (self transcending) ทำให้ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวได้ดี ในฐานะผู้ดูแล รู้จักตัวเองและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รู้สึกได้รับการยอมรับ มีคุณค่า สามารถหาความสมดุลและความสงบสุขได้ และทำให้มีความเข้าใจเมื่อรู้สึกหมดหนทางสิ้นหวัง มีความสูญเสีย และความโศกเศร้า เพราะยึดมั่นในความเชื่อที่มีต่อหลักปฏิบัติทางศาสนา จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

มิติสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ถือเป็นสุขภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน การมีสุขภาวะทางจิตดี ก็จะทำให้มีสุขภาวะทางกายดีเช่นเดียวกัน โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของกาย จิต และสังคมของบุคคลและชุมชนให้ประสานกันเป็นอันหนึ่งอันเดียว พบความสุขที่แท้จริง ความสมบูรณ์ในตนเอง และสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้

2.1.7 ผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล

2.1.7.1 ผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ (รัชฎา รัชขนาม, 2543)

1) ปัญหาทางด้านความจำ ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสีย จากการมีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการหลงๆ ลืมๆ สิ่งต่างๆ มีความจำในระยะสั้นไม่ดี แต่สามารถที่จะจำเรื่องราวเก่าๆ ได้ บางครั้งจะลืมนว่าตนเองอยู่ไหน จำไม่ได้ว่าพูดหรือทำอะไรลงไป และประสบปัญหาสิ่งของสูญหายเนื่องจากลืมนว่าได้นำสิ่งของไว้ที่ไหน ขณะเดียวกันก็จะเกิดอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะมาขโมยสิ่งของของตนเอาไปซ่อน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุอาจสร้างความรำคาญแก่ผู้ใกล้ชิดได้

2) ปัญหาด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีอาการรุนแรง และแปรปรวนได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการสับสนและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสิ่งแวดล้อม

รอบตัวเปลี่ยนไป เช่น ในสถานที่ที่มีคนน้อยๆ ไม่พลุกพล่าน บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลทำให้ความจำเลวลง

3) ปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว ระบบสมองมีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมก็จะมีผลให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ และเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ เช่น ในระยะแรกผู้สูงอายุอาจเดินไม่ค่อยมั่นคง ระยะต่อมาเดินช้า ในที่สุดก็อาจจะเดินไม่ได้

4) ปัญหาทางด้านการสนทนาและการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาในการแสดงออกทางความคิด หรือความต้องการเพื่อสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ ซึ่งในผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาการใช้คำและการออกเสียง อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเกิดความไม่เข้าใจ ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุก็อาจจะไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูด ถึงแม้ว่าจะอธิบายสิ่งที่ต้องการสื่อความหมายอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุก็อาจยังไม่เข้าใจ

5) ปัญหาการระแวง หลงผิด และประสาทหลอน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการหวาดระแวงไม่สมเหตุสมผล เนื่องจากความผิดปกติของความจำ ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองก็ไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านี้ได้

6) ปัญหาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุนอนหลับมากในตอนกลางวัน ทำให้เกิดการรบกวนการพักผ่อนของสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถนอนหลับจนเกิดอาการรำคาญ

2.1.7.2 ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นการท้าทาย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความทรงจำ ประสบการณ์ในการตัดสินใจ ความสามารถในการทำความเข้าใจและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และถือว่าเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาในระยะยาว เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำได้เพียงชะลอการเสื่อมสภาพของสมอง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องดูแลในระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และญาติผู้ดูแล ดังต่อไปนี้ (พาวลิตี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556; Alzheimer's Association, 2015)

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (Brodsky, & Donkin, 2009) แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีเวลามากพอที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาจจะไม่ได้มีเวลาไปตรวจสุขภาพหรือรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และมีเวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อมบางครั้งไม่นอนหลับในเวลากลางคืน ผู้ดูแลจึงต้องคอยดูแล ดังนั้นจึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีอาการปวดหัวถี่ อัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อาจมีอาการเจ็บหน้าอกไม่ทราบสาเหตุ ปวดเมื่อยร่างกายที่เกิดจากการยก หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว นอกจากนี้อาจเกิดความเครียด ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ ไมเกรน ข้ออักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ หรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Connell, 1994; Gallant & Connell, 1998; Graesel, 2002) และอาจส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นด้วย (Connell, 1994)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและพฤติกรรม มีการดำเนินของโรคแย่ลง จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นการท้าทายมากสำหรับผู้ดูแล และส่งผลให้เกิดความเครียดทางอารมณ์และมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น โดยขึ้นอยู่กับระดับของดัชนีการให้การดูแลรวมเป็นจำนวนชั่วโมงของการดูแล และจำนวนของงานในการช่วยเหลือในด้านการทำงานประจำวัน (ADL) ในปี 2009 NAC/ AARP สำรวจได้ว่า ภาวะอยู่ในระดับต่ำสุดกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 16 และร้อยละ 31 ตามลำดับ) และประมาณร้อยละ 18 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกลดลงในการให้การดูแล ซึ่งแตกต่างกับการให้การดูแลผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมพบร้อยละ 6 เมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาทาง ด้านการเงิน ทางอารมณ์ และสุขภาพเป็นสองเท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป และร้อยละ 59 ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งอัลไซเมอร์และประเภทอื่นๆ มีอารมณ์ความเครียดจากการดูแลระดับสูงหรือสูงมาก (Alzheimer's Disease International, 2015)

3) ผลกระทบทางด้านสังคม เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด และในบางกรณีที่มีความก้าวหน้าของโรคในระยะท้ายก็อาจจะต้องให้การดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง จึงส่งผลให้ขาดการติดต่อทางสังคม การได้รับการสนับสนุน และมีความรู้สึกลดลงจากสังคม โดยผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะต้องเสียสละในด้านเวลาการพักผ่อน ทำงานอดิเรก การพบเพื่อน ครอบครัว หรือญาติ และอาจจะทำให้ไม่สามารถทำงานเดิมที่เคยทำได้ จากผลการศึกษา พบว่าแม้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายจะมีความรู้สึกลดลงในการให้การดูแลคนในครอบครัวและมีความพึงพอใจจากการช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่ยังคงพบว่า มีระดับความเครียดสูงเมื่อให้การดูแล

4) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ จากการมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทางตรง

และทางอ้อม ซึ่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทางตรง คือ การเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการต่างๆ ค่ายารักษาโรค ค่าตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้การดูแลทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียโอกาสในการทำงาน เป็นต้น (McDaid, 2001)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว (The Family Care Model)

แนวคิดการดูแลครอบครัว พัฒนามาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Archbold (1980) และ ทฤษฎีบทบาท โดยเริ่มจากการสำรวจการดูแลของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง และ ต่อมา Archbold and Stewart ได้พัฒนารอบแนวคิดขึ้นในช่วงต้นถึงกลางปี ค.ศ. 1982 เป็นแนวคิด ที่อธิบายปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพยาบาล เพื่อให้เข้าใจ การประเมินปัญหาความต้องการ และวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ซึ่ง แนวคิดนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของ คนไทย (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิด ขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแล และปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผล ต่อประสบการณ์การดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีการตั้งสมมุติฐานไว้ว่า ลักษณะของความ สัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้นมีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการตอบสนองของ การดูแลครอบครัว แบ่งออกเป็นประสบการณ์การดูแลด้านลบคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และ ประสบการณ์การดูแลด้านบวกคือ รางวัลที่ได้รับจากการดูแล ซึ่งประสบการณ์ทั้งสองด้านนี้ส่งผล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Wirojratana, 2002)

แนวคิดการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart (1980 - 1982) ประกอบด้วย 4 ส่วน หลักๆ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Antecedent factors) การดูแลครอบครัว (Family care) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care) และผลลัพธ์จากการ ให้การดูแล (Outcome of caregiving) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Antecedent factors)

1.1 ปัจจัยพื้นฐาน

ลักษณะทางประชากร (Demographic characteristics) หมายถึง ข้อมูลที่บ่งบอกถึงลักษณะทางประชากรเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่

1) อายุ เป็นคุณลักษณะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่หรือตามวัยของบุคคล ซึ่งจะแสดงถึงวุฒิ และบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจเนื้อหาและการรับรู้ข่าวสารต่างๆ การมีประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงบ่งชี้อารมณ์ที่แตกต่างกันในกลุ่มคนที่มีวัยต่างกัน เนื่องจากกระบวนการคิดและตัดสินใจผ่านการกลั่นกรองจากประสบการณ์ของช่วงวัย ที่ส่งผลต่อกระบวนการคิดและการควบคุมทางอารมณ์ของแต่ละช่วงอายุของบุคคล (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2550)

2) เพศ เป็นคุณลักษณะที่บุคคลได้รับมาแต่กำเนิด ประกอบด้วย เพศชาย (Male) และเพศหญิง (Female) เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านร่างกายที่แตกต่างกันของบุคคล เป็นสถานภาพที่มีมาแต่กำเนิด เพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนพัฒนาการต่างๆ ความแตกต่างทางเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน

3) ระดับการศึกษา แสดงถึงความสามารถในการเลือกรับข่าวสารและการเรียนรู้ ระดับการศึกษาจะทำให้บุคคลมีความรู้ ความคิด ตลอดจนความเข้าใจในสิ่งต่างๆ กว้างขวางลึกซึ้ง ทำให้บุคคลมีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีทัศนคติค่านิยม และคุณธรรมแตกต่างกันออกไป (ปรมะ สตะเวทิน, 2546)

4) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม แสดงถึงเรื่องที่กลุ่มจะสนใจรับรู้ข่าวสารบุคคล การมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกัน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและครอบครัว รายได้ของบุคคลจะแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ การมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การมีอำนาจใช้จ่ายในการบริโภคข่าวสาร ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง จะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำจะมีระดับการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (ธีระภัทร์ เอกผาชัยสวัสดิ์, 2551)

5) ศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ คริสต์ หรือศาสนาอิสลาม จะมีแนวคิด วัฒนธรรม ประเพณีและหลักการในการคิดตัดสินใจต่อการรับสารแตกต่างกัน ตามหลักคำสอนของศาสนานั้นๆ การสื่อสารหรือถ่ายทอดข้อมูลโดยการพิจารณาความแตกต่างทางศาสนาย่อมเป็นผลดีในการส่งสารให้แก่ผู้รับสารได้อย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้รับสารมากที่สุด

1.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

การเตรียมความพร้อม (Preparedness) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของผู้ดูแลที่เชื่อว่าตนเองมีความพร้อมสำหรับการให้การดูแล และความเครียดของการดูแล (Rusinak & Murphy, 1995) จากการศึกษาของ Archbold (1990) พบว่า ผู้ดูแลที่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลน้อย จะมีความเครียดในบทบาทการดูแลสูง

1.3 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (Mutuality) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างสถานการณ์การดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรักและความผูกพัน (Love and affection) การทำกิจกรรมที่มีความพึงพอใจร่วมกัน (Shared pleasurable) การเห็นคุณค่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดสอดคล้องกัน (Shared values) และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Reciprocity) ความสัมพันธ์ที่ดีสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ (Archbold, 1990)

1.4 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพ (Health status) หมายถึง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในผู้ดูแลครอบคลุมต่อภาวะสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำงานของสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

2. การดูแลครอบครัว (Family care)

2.1 ปริมาณกิจกรรมในการดูแล (Amount of direct care) คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลทางด้านจิตใจ

2.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (Amount of help from others) คือ จำนวนความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ที่ช่วยผู้ดูแลในครอบครัวในการให้กิจกรรมการดูแล

2.3 ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability) คือ ความสามารถในการคาดการณ์และควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลและควบคุมสถานการณ์ของการดูแล ทำให้สามารถลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Archbold, 1991; Songwattayanut, 2002; Stewart & Weiner, 2008)

3. การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care)

ในสถานการณ์ของการดูแล ผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ประสบการณ์ด้านบวก คือ การได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล (Reward of family care) และประสบการณ์ด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (Caregiver role strain)

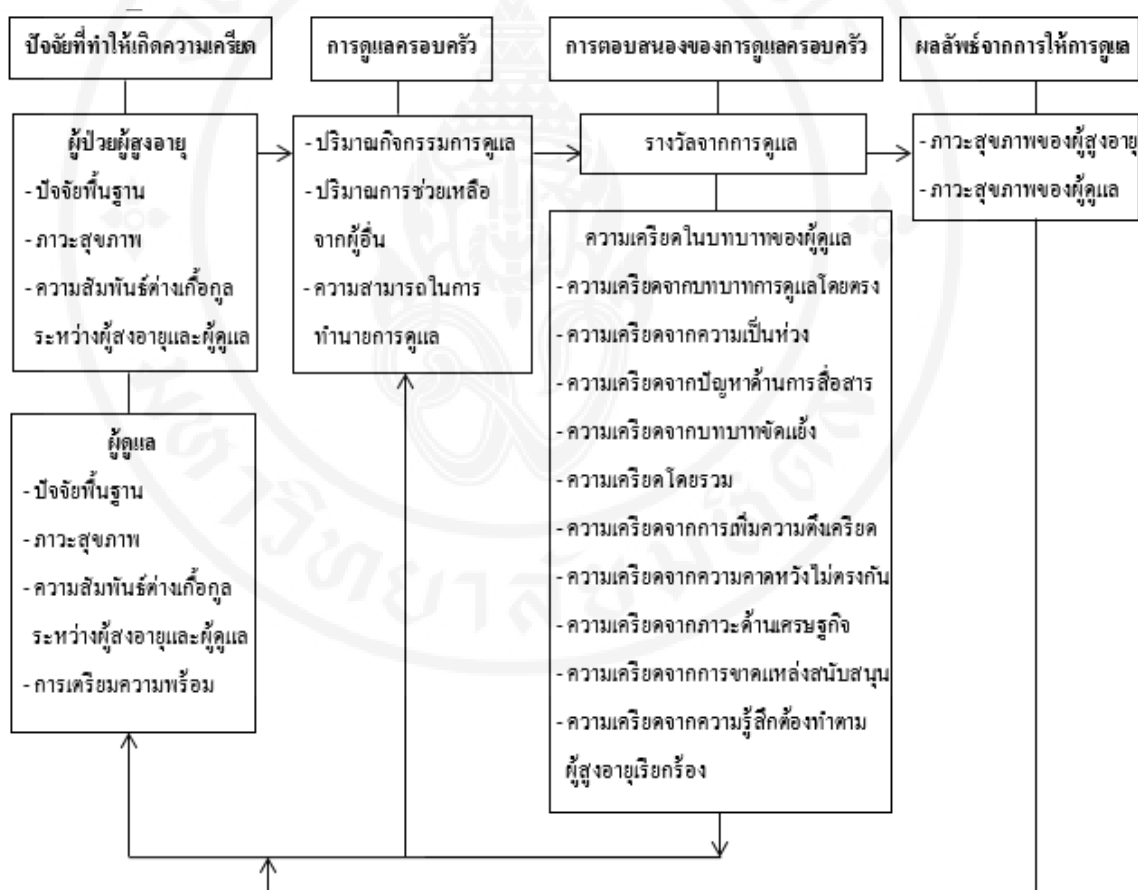
รางวัลจากการดูแล หมายถึง ประสบการณ์ทางด้านบวกที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุทำให้ชีวิตมีความหมาย (Meaning of one self) ความรู้สึกได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Being there for care-receiver) ได้เรียนรู้ (Learning) ได้ประโยชน์ทางด้านการเงิน (Financial) และการเติมเต็มด้านจิตวิญญาณ (Spiritual fulfillment)

ความเครียดในบทบาท (Role stress) หมายถึง การรับรู้ความยากลำบากในการตอบสนองบทบาทการดูแล ที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงลบต่อสมาชิกในครอบครัวในบทบาทการดูแลอย่างต่อเนื่อง ความเครียดที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดในบทบาท (Role strain) อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะของผู้ดูแล และสถานการณ์การดูแล ซึ่งสามารถทำนายได้ว่าความเครียดทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดสูง (Stewart & Weiner, 2008) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากกิจกรรมการดูแล (Care activities) ปัญหาด้านการสื่อสาร (Communication problems) บทบาทขัดแย้ง (Role conflict) ความเป็นห่วงหรือกังวลใจ (Worry) ขาดแหล่งสนับสนุน (Lack of resource) ภาวะด้านเศรษฐกิจ (Economic burden) ความรู้สึกต้องทำตามผู้สูงอายุเรียกร้อง (Feeling of being manipulated) เพิ่มความตึงเครียด (Increased tension) ความคาดหวังไม่ตรงกัน (Mismatched expectation) และความเครียดโดยรวม (Global strain)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา 1 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถจัดกระทำได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และตัวแปรความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ยังพบน้อยในการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่พบมากในการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรดังกล่าว โดยให้นิยามของตัวแปรไว้ดังนี้ ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (Strain from direct care) หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากกิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล การดูแลด้านการเคลื่อนไหวและการป้องกัน การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลเรื่องการเงิน การดูแลในการเคลื่อนย้าย การดูแลงานบ้าน การดูแลด้านอารมณ์ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และการเตรียมการดูแล (Archbold & Stewart, 1990)

4. ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving)

ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ถ้ากระบวนการดูแลนั้นมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุควรดีขึ้น และลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งการเตรียมความพร้อมที่ดีนั้นจะไปลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ (Wirojratana, 2002) ดังกรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว (Archbold & Stewart, 1980)

2.2.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลหรือช่วยเหลือในการเจ็บป่วยหรือมีความพิการ โดยที่อาจจะให้การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาล หรือในสถาบันการศึกษา แม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ แต่ยังคงรวมถึง มารดา บิดา ภรรยา สามี บุตร ญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น ซึ่งเรียกว่าผู้ดูแลที่สามารถดูแลเพียงคนเดียว (Individual) หรือการดูแลเป็นกลุ่มคน (Group) เช่น กลุ่มพี่น้อง เพื่อน ทีมสุขภาพ และองค์กรต่างๆ (Durme et al, 2012) สามารถจำแนกประเภทของผู้ดูแลได้ตามลักษณะต่างๆ ดังนี้

2.2.2.1 ลักษณะความรับผิดชอบต่อการดูแล

2.2.2.1.1 ผู้ดูแลหลัก (Major/Primary caregiver) คือ ผู้ดูแลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ให้การช่วยเหลือดูแลตลอดระยะเวลาเจ็บป่วย และใช้เวลาการดูแลมากกว่าผู้อื่นเป็นประจำและต่อเนื่อง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2.2.2.1.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลในลักษณะผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ให้กิจกรรมการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2.2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล

2.2.2.2.1 ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ หรือไม่ใช่ญาติ อาจเป็นเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลือดูแลภายในบ้าน ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ และเป็นการดูแลโดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2551)

2.2.2.2.2 ผู้ดูแลเป็นทางการ (Formal caregiver) ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติหรือเพื่อนบ้าน แต่เป็นผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่มีวิชาชีพ หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้รับจ้างดูแลที่ได้รับอบรมจากสมาชิกในครอบครัว (paid helper) ผู้รับจ้างที่ได้รับการเรียนหรืออบรมจากองค์กรเอกชน (agency worker) ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงและได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2551)

2.2.3 บทบาทของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยญาติผู้ดูแล ได้มีตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัว และชุมชนในชนบทไทย ประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจและจิตวิญญาณ โดยญาติผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่อธิบายว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิด และสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด การที่เข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เนื่องจากมีความเคารพรัก อยากรู้อยากเห็นในสุขภาพหรือผู้สูงอายุ เป็นความรับผิดชอบ ในหน้าที่ มีความรู้สึกผิด หรือได้รับความคาดหวังจากวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคมในด้านการมีความกตัญญูทดแทน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2556; Murray, 2014) และเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะภาวะสมองเสื่อมถือได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินโรค หรือความก้าวหน้าของโรคที่แย่งเรื่อยๆ ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่สำคัญที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และควรให้การดูแลครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

2.2.3.1 บทบาทในการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการดูแลสุขภาพทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครอบคลุมทุกด้าน ตั้งแต่การรับประทานอาหาร การแต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องงาน หรือมีธุระ รวมไปถึงการนอนเฝ้าดูแลเวลากลางคืน

2.2.3.2 บทบาทในการให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การให้เงินเพื่อใช้จ่าย รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่าอาหาร ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ติดเตียง เช่น กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

2.2.3.3 บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยตระหนักถึงโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2.3.4 บทบาทในการดูแลตามบรรทัดฐาน และค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย ประเพณีที่ดี ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย รวมไปถึงการพูดคุยให้กำลังใจ และการแสดงถึงความรัก ความห่วงใยด้วยการแตะสัมผัสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2.3.5 บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศในบ้านและรอบๆบ้าน การจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสมการดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึภกาคณุมิใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นารีรัตน์ และคณะ, 2552)

2.2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล

เมื่อบุคคลในครอบครัวต้องมารับบทบาทเป็น “ญาติผู้ดูแล” ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กล่าวได้ว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างมากในการดูแลที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ ซึ่งระหว่างดูแลญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลและสนับสนุน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (Kuzu & et al, 2010) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและบูรณาการ โดยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ดูแลไปพร้อมกัน และการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ดูแลแบบองค์รวม คำนึงถึงภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลมีดังนี้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

1) โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการให้บริการญาติผู้ดูแลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีการพัฒนาบุคลากรตามนโยบายการให้บริการ เช่น มีการอบรมให้ความรู้ จัดสรรงบประมาณ เพื่อการวิจัยและศึกษาต่อในเฉพาะสาขา เป็นต้น

2) มีการวางแผนเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล โดยร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนเตรียมความพร้อมที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ประสาทแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักอรรถบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น (Boise, Congleton, &

Shonnon, 2005) การเตรียมญาติผู้ดูแลควรมีการบันทึกและระบุความรับผิดชอบในแต่ละฝ่ายและมีระบบส่งต่อไปยังผู้เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามภาวะสุขภาพระหว่างให้การดูแลและประเมินความต้องการด้านข้อมูล เพื่อวางแผนให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย

2.2 ควรให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมในการเตรียมญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อให้ทุกคนเข้าใจสถานการณ์ของการดูแล และร่วมกันช่วยดูแล ทำให้ภาระการดูแลลดลง และญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลง่ายขึ้น

2.3 แนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ร่วมกันจัดการและบริหารงานภายในครอบครัว เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของญาติผู้ดูแล ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าทุกคนเห็นคุณค่าของญาติผู้ดูแล และญาติผู้ดูแลเป็นผู้เสียสละ และทุกคนพร้อมจะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา (Shiouh-Chu, Hengh-Sin, & Shu-Yuan, 2012)

3) ควรจัดโปรแกรมการเตรียมความพร้อม โดยร่วมมือกับสาขาวิชาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ใช้แนวทางการให้พลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้โปรแกรมที่จัดขึ้นเหมาะสมกับญาติผู้ดูแลแต่ละราย หรือจัดกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2557) ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ควรให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค แนวทางการและรักษาพยาบาล โดยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค และความรู้ที่เฉพาะกับผู้ป่วยที่จะต้องให้การดูแล (Kuzu, & et al., 2010) รวมถึงปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

3.2 ฝึกทักษะการรักษาพยาบาลให้ญาติผู้ดูแลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้เวลาในการฝึกฝน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล และสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ (May-Lui, Lee, Greenwood, & Ross, 2011)

3.3 ฝึกญาติผู้ดูแลให้มีทักษะในการแก้ปัญหา และจัดการกับความเครียด

3.4 แนะนำการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพกับญาติผู้ดูแลแต่ละราย

3.5 แนะนำญาติผู้ดูแลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน

4) จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น หมายเลขโทรศัพท์กรณีฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ในการขอคำปรึกษา แหล่งให้บริการในการดูแลผู้ป่วยรายวัน หรือให้คำปรึกษาทางอีเมล โดยพยาบาลคลินิกอาจต้องร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพ เพื่อร่วมกันให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแล เป็นเครือข่ายให้คำปรึกษา และตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลได้

5) การดูแลญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน ร่วม

ทำงานกับสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน แล้วนำข้อมูลหรือปัญหา กลับมาปรึกษาในทีม และวางแผนในการแก้ไขปัญหา มีขั้นตอนดังนี้

5.1 ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือตามปัญหา

5.2 ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (illness trajectory) ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาและพยาบาลคลินิก โดยมีเป้าหมายให้ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง และสามารถให้การดูแลได้ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้

5.3 ประเมินวิธีการจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์ ร่วมกันส่งเสริมให้มีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

5.4 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ได้รับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้กับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแล รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากชุมชน เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะญาติที่ให้การดูแล 3 ปีขึ้นไป พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะลดน้อยลงตามลำดับ (O'Connor, & McCabe, 2010)

5.5 ช่วยเชื่อมโยงในการสร้างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (mutuality) ซึ่งจะลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดได้

5.6 แนะนำสมาชิกในครอบครัวจัดช่วงเวลาผลัดเปลี่ยนให้ญาติผู้ดูแลได้ละจากการดูแลเป็นช่วงๆ ให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาเป็นของตัวเองในการทำกิจกรรมทางสังคมที่ชื่นชอบ ผ่อนคลาย เพื่อเป็นการเพิ่มพลังในการกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อไป (Yeon-Hwan, 2007)

5.7 ประสานกับชุมชนในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) หรือกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มญาติผู้ดูแล รวมทั้งเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนที่จะเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และญาติผู้ดูแล

6. พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก อาจมีบทบาทเพิ่มเติมในการร่วมดูแลญาติผู้ดูแล โดยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแล ขณะพาผู้ป่วยมารับการรักษาตามประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบวงจร

7. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการพูดคุย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อพัฒนาการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

สุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับทุกคน เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ ซึ่งในบริบทของสุขภาพนั้นมีความซับซ้อน หลากหลายมิติ มีแนวคิดที่วัดภาวะสุขภาพจากการมีความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ความพิการทางร่างกาย หรือการตาย การมีความสุขทางอารมณ์และสุขภาพจิต และมีการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอย่างเพียงพอ การให้คำนิยามของสุขภาพนั้นได้รับการพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 1946 โดยให้คำนิยามของสุขภาพไว้ว่า สุขภาพคือภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพเท่านั้น ยังรวมถึงมีแนวความคิดด้านสุขภาพก็คือ สุขภาวะ หรือ Well-being ความสุข คือ ความเป็นอิสระหรือการหลุดพ้นจากความบีบคั้น เนื่องจากในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้ตกลงว่าจะเพิ่มคำว่า Spiritual Well-being หรือสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ เข้าไปในคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ และในปี 1986 องค์การอนามัยโลกในกฎบัตรออกตราการส่งเสริมสุขภาพได้กล่าวถึงสุขภาพไว้ว่า สุขภาพเป็นทรัพยากรสำหรับทุกชีวิต ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพียงแต่การมีชีวิตอยู่ สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวกเน้นทรัพยากรทางสังคมและส่วนบุคคล เช่นเดียวกับขีดความสามารถทางกายภาพ สุขภาพจึงสามารถกำหนดได้ในหลายวิธี โดยมุ่งเน้นไปที่การปราศจากการเจ็บป่วย การมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน หรือการมีสุขภาวะ เมื่อกล่าวถึงระบบในสิ่งมีชีวิตใดๆ สุขภาพเป็นรูปแบบของการสมดุลในร่างกาย คือ การมีความสมดุลในระบบ มีการเข้าและออกของสารต่างๆในปริมาณเท่าๆกัน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุล โดยรวมแนวคิดของสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่มีสุขภาวะที่ดี และปราศจากโรคและความเจ็บป่วย ดังนั้นการมีสุขภาพดีไม่เพียงแต่หมายถึงการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ยังหมายถึงการมีความรู้สึกที่ดีในแง่มุมต่างๆของชีวิต และจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับสุขภาพทางสังคม หรือความสามารถในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพของความเป็นเพื่อน จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า สุขภาพหมายถึง ผลรวมภาวะความสุขของมนุษย์ทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตที่สดใสย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดจนเกือบจะแยกจากกันไม่ได้ ต้องพึ่งพาอาศัยกันตลอดเวลา เมื่อใดที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือมีสุขภาพดี จิตใจก็สุขสบายปราศจากความเศร้าหมองและมีความสดชื่น ในทางตรงกันข้ามหากร่างกายมีแต่ความทุกข์ ประสบความผิดหวังและเศร้าโศกเสียใจอยู่เสมอ ก็จะทำให้ร่างกายทรุดโทรมซูบผอม กินไม่ได้ นอนไม่หลับ และมีโรคภัยมาเบียดเบียน (Goodacre, Collins, & Slattery, 2010) ภาวะสุขภาพนั้นมีหลายมิติ ประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้

1) สุขภาพกาย หมายถึง การทำงานที่มีประสิทธิภาพของร่างกายและระบบต่างๆ ซึ่งรวมถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ระดับของการออกกำลังกาย มีอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักต่อส่วนสูงที่เหมาะสมสำหรับ เช่นเดียวกับมีการทำงานของระบบอวัยวะของร่างกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และระดับที่เหมาะสมของการออกกำลังกายมีความสำคัญสำหรับการมีสุขภาพร่างกายที่ดีจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลกระทบด้านสุขภาพกายของการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนำไปสู่ความเสี่ยงสำหรับปัญหาสุขภาพกายเพิ่มขึ้นทั้งในแง่ของปัญหาทางสุขภาพกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการวัดภาวะสุขภาพ โดยพบว่า ความเครียดเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของภูมิคุ้มกันและฮอร์โมน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะละเลยสุขภาพของตนเอง เช่น นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และมีโภชนาการที่ไม่ดีจึงเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดการเจ็บป่วย ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพที่ไม่ดีในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม และความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลายาวนานของการดูแล มีเศรษฐกิจและการศึกษาดำเนินการได้รับการสนับสนุนจากทางารน้อย มีอายุมาก ไม่ได้เป็นคู่สมรส อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีระดับของภาวะซึมเศร้า / ภาวะการดูแลสูง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลเพศหญิงกลุ่มน้อยรายงานมีสุขภาพแย่กว่าผู้ดูแลเพศชายและผู้ดูแลชาวผิวขาว (Tremont, 2011)

2) สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะที่บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการรับมือจัดการกับความเครียดในชีวิตได้ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเหลือบุคคลภายในชุมชนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นสามารถจัดการความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้างด้วย ดังนั้นความรู้สึกจึงมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีที่พึงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง

3) สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ ได้ตอบกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในชุมชนและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลนั้นในการโต้ตอบกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมและ/หรือสภาพแวดล้อมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นและมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มที่แตกต่างกัน รวมทั้งครอบครัวและเพื่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับสุขภาพทางสังคมที่ดี

4) สุขภาพทางจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ยังรากลึกจนมั่นคง ความรู้สึกนั้นจะคอยผลักดันพฤติกรรมอันแท้จริงของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ และบุคคลอื่นๆ เพราะฉะนั้นจิตวิญญาณจึงมี 2 ลักษณะ คือ จิตวิญญาณดี กับจิตวิญญาณไม่ดี ภาวะความสุขในมิติทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะของจิตวิญญาณดี

ดังนั้นการมีภาวะสุขภาพดีของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความผาสุกหรือการมีความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตวิญญาณ ตลอดจนอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นอย่างสงบสุข สามารถรักษาสมดุลของร่างกายในทุกๆ มิติได้อย่างเป็นองค์รวม และจากการศึกษานี้ผู้วิจัยวัดตัวแปรภาวะสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่างๆ อย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วยข้อคำถามตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health, Vitality, Social Functioning, Role Emotional และ Mental Health โดยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) จะใช้เวลาในการทำที่สั้นกว่า เนื่องจากมีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ในขณะที่ SF-36 มี 36 ข้อ เหมาะสำหรับการติดตามผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) นี้เป็นประเภท standard form (recall period 4 สัปดาห์) และเป็นเวอร์ชัน 2 ซึ่งมีข้อดีกว่าเวอร์ชัน 1 คำตอบที่ให้เลือกจะมีความละเอียดกว่า โดยมีห้าตัวเลือก แต่ในเวอร์ชัน 1 มีสองตัวเลือก และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) จะรายงานคะแนนรวมออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ คะแนนรวมทางด้านร่างกายและคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (physical and mental component scores: PCS และ MCS)

2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ความพร้อมในการดูแล กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระดับสูง ตามระยะการดำเนินโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความก้าวหน้าของโรคตลอดเวลา ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้ การมีความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินโรค การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของโรค จะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ความพร้อมในการดูแล หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของผู้ดูแลที่เชื่อว่าตนเองมีความพร้อมสำหรับการให้การดูแล และจัดการกับความเครียดของการดูแล (Rusinak & Murphy, 1995) จากการศึกษาของ Archbold (1990) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลน้อย จะมีความเครียดใน

บทบาทการดูแลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson, Lee, Marla Berg-Weger & Grossberg (2013) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของสภาพการทำงานและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย ตัวแปรดังนี้ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล ความเครียดในบทบาท และสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่า ความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล ($r = 0.248, P = 0.001$) และความเครียดในบทบาทมากขึ้น ($r = 0.159, P = 0.035$) และการมีความพร้อมในการดูแลที่ดีสามารถลดความเครียดในบทบาท ($R^2_{\text{change}} = 1.2\%, P = 0.217$) มีสุขภาพจิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = 4.8\%, P = 0.029$) แม้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shyu, Yang, Huang, Kuo, Chen, & Hsu (2010) ที่ศึกษาถึงอำนาจการทำนายเกี่ยวกับการดูแลทั้งทางบวกและทางลบของตัวแปร ได้แก่ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสมดุลของการดูแลกับความต้องการการดูแล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมได้ดีระดับปานกลาง ($M = 2.04, SD = 0.79$) โดยมีความสัมพันธ์เล็กน้อย ($M = 1.74, SD = 0.83$) และมีความสมดุลของการดูแลกับความต้องการการดูแล มีสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง ($M = 63.59, SD = 18.30$) มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ($M = 15.02, SD = 9.23$) สำหรับผู้ดูแลด้านสุขภาพจิตชี้ให้เห็นผลการทำนายความพร้อมในการดูแลที่ดีกว่า สามารถทำนายรางวัลของการดูแลในทั้งสามประเภทของรางวัลของการดูแลมากขึ้น หลังจากควบคุมตัวแปร พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต ($r = .16, p < .05$) สุขภาพจิตดีขึ้นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $R^2 = 2.2\% (p < .05)$

จूरรัตน์ กอผจญ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแล และรางวัลที่ได้รับจากการดูแลในระดับสูง ($\text{mean} = 21.54, SD = 5.23$ และ $\text{mean} = 78.14, SD = 13.81$ ตามลำดับ) มีความเครียดในบทบาทในระดับต่ำ ($\text{mean} = 24.02, SD = 15.16$) ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.361, p < .001$) และสามารถอธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทได้ร้อยละ 13.1

อารีย์ แสงรัมย์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุตรสาวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 110 ราย พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .447, p < .001$) ส่วนความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล เศรษฐฐานะของครอบครัวมีความสัมพันธ์

ทางลบกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.295, p < .01, r = -.226, p < .01, r = -.197, p < .05$ ตามลำดับ) โดยความวิตกกังวลสามารถทำนายความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 20.0 และความพร้อมในการดูแลสามารถร่วมทำนายความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.3

คนองนิช ไชยวุฒิ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 ราย พบว่า ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพาไปพบแพทย์ อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และความพร้อมในการดูแลในระดับสูง ความวิตกกังวลและความเครียดในบทบาทระดับต่ำ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแลในระดับสูง ความวิตกกังวลและความเครียดในบทบาทระดับต่ำ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ($r = -.238, -.308, p < .01 ; r = -.193, p < .05$ ตามลำดับ) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล ($r = .409, p < .01$) อธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทได้ร้อยละ 16.7 และความพร้อมในการดูแล อธิบายความผันแปรของความเครียดในบทบาทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.3

จากการทบทวนวรรณกรรม พบความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมในการดูแลกับความเครียดในบทบาทการดูแล และภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ แต่ยังไม่มีการศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2.4.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างจากปัญหาสุขภาพอื่นๆในระยะเวลาของการเกิดโรค ลักษณะความก้าวหน้าของโรค การดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับการให้การดูแลหลายระดับขึ้นตามระดับความก้าวหน้าของโรค (WHO, 2012) จากแนวคิดการสนับสนุนหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชน ซึ่งเรียกว่าเครือข่ายทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (Informal network) และด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล การเงิน การให้คำแนะนำ ด้านอารมณ์หรือด้านการบริการ เมื่อมองในด้านของเครือข่ายทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์และโอกาสจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก โดยเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการนี้คือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นได้ทั้งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ความรู้สึกหรือสิ่งของต่างๆในการดำรงชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความความผาสุกในด้านร่างกาย จิตใจ มีความชอบธรรม ความดีงาม เพิ่มความเชื่อมั่น และลดภาวะซึมเศร้า (Hooyman & Kiyak, 2009) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลครอบครัว ซึ่งเน้นถึง

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น (Amount of Help from Others) หมายถึง จำนวนความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ได้แก่ ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ที่ช่วยผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแล (Archbold & Stewart, 2000) การสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกิดจากการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้านในชุมชน การที่ในครอบครัวมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเอง หรือมีบทบาทเพิ่มขึ้นมาเป็นผู้ดูแลอีกบทบาท ซึ่งส่งผลกระทบหลายด้านต่อผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม โดยแหล่งที่ช่วยสนับสนุนทางสังคมมี 4 ประเภท ได้แก่ (1) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน (2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน (3) บุคลากรสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด (4) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือ self help group เช่น ชมรมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือสมาคมต่างๆ เป็นต้น (House, 1981) ความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากครอบครัว ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และความร่วมมือเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาระของการดูแล ถึงแม้จะมีไม่มีการสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์แต่มีครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับช่วงเวลาแห่งความท้อแท้และความโศกเศร้า (Vellone, Piras, Venturini, Alvaro, & Cohen, 2012) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมมากขึ้น พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ และมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ เช่น การเข้าร่วมประชุมคริสตจักร หรือไปเยี่ยมสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน สามารถปรับตัวในการให้การดูแลได้ มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่แยกตัวออกจากสังคม (Janevic & Connell, 2001) และจากการศึกษาของ Choo et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวประเทศมาเลเซีย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 70 ราย พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2=3.611$, $df=1$, $p\leq 0.05$) ซึ่งผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมจะมีการรับรู้รับรู้ภาระที่ต่ำกว่า จากการวิเคราะห์ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสองในสามของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดต้องให้การดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา โดยมีพื้นที่นั่งรับพิศชอบในการดูแล ให้การสนับสนุนทางการเงินรวมทั้งความรับพิศชอบอื่น ๆ เมื่อผู้ดูแล มีความจำเป็นต้องออกไปข้างนอก ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้การดูแลเต็มเวลาจะมีคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นพื้นที่นั่ง และผู้ให้การสนับสนุนทางการเงิน

และความช่วยเหลืออื่น ๆ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 3.194$, $DF = 69$, $p < 0.05$) และการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลงของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลที่มาก จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีความเครียดในระดับสูง แต่ในการศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนอย่างเป็นทางการ เช่น การได้รับความช่วยเหลือจากแม่บ้าน และพยาบาลเอกชน ไม่ได้แบ่งเบาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นเพียงการพัฒนาทักษะภาระในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของวิภารัตน์ นาวารัตน์ (2545) ศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดแหล่งประโยชน์ค่อนข้างน้อย ($Mean=7.65$; $S.D.=4.1$; $skewness=0.582$) มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ($Mean=2,168.75$; $S.D.=611.71$; $skewness=0$) การขาดแหล่งประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -0.572$, $p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(2,97)} = 48.518$, $p < 0.001$

จากการทบทวนวรรณกรรม พบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นกับการรับรู้ภาระของการดูแล ซึ่งไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพโดยตรง และยังพบน้อยในการศึกษาตัวแปรนี้ในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.4.3 ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักที่ต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากภาวะบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วมีผลต่อเนื่องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม 2539; Bruce et al., 2005; Pattanayak, Jena, Tripathi & Khandelwal, 2010, Etters et al, 2008) ส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เนื่องจากจิตใจมีความสัมพันธ์กับร่างกายไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องจ่ายเงินมากกว่าร้อยละ 50 เพื่อไปพบแพทย์ และร้อยละ 86 ต้องได้รับยาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ให้การดูแล (Katon, Kleinman, & Rosen, 1982) ซึ่งขอบเขตและประเภทของการให้กิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าของโรคและปัจจัยต่างๆ เช่น อาการทางคลินิกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ชนิดและความรุนแรงของการบกพร่องทางสติปัญญาและปัญหาทางพฤติกรรมที่อาจแตกต่างกันไป ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ญาติจะต้องให้การดูแลเป็นเวลาหลายปีภายใต้ความเครียดระดับสูงเป็นระยะเวลานาน ผลกระทบจากความเครียดระดับสูงจะทวี

ความรุนแรงมาก ทำให้อ่อนเพลียเรื้อรังซึ่งมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลเป็นระยะเวลานานโดยไม่มีเวลาพักผ่อน (WHO, 2012)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (Strain from direct care) หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากกิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล การดูแลด้านการเคลื่อนไหวและการป้องกัน การดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลเรื่องการเงิน การดูแลในการเคลื่อนย้าย การดูแลงานบ้าน การดูแลด้านอารมณ์ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และการเตรียมการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของนภาพร ฤทธิวีรกุล (2548) ศึกษาถึงอิทธิพลของปริมาณการดูแล ความเครียดจากการดูแล ปัญหาการสื่อสาร และรางวัลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ทฤษฎี Stress and coping พบว่า มีความเครียดจากการดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (Mean=89.38, S.D.= 36.25, Skewness = 1.029) ความเครียดจากการดูแลและปัญหาการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = -0.471$, $p < 0.01$, $r = -.417$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) ความเครียดจากการดูแลและปัญหาการสื่อสารร่วมทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 27.4 ($F_{(2, 87)} = 16.429$, $p < 0.01$) โดยความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ 22% ($F_{(1, 88)} = 25.134$, $p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี ลิทธิมงคล (2541) ศึกษาความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา ในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา 100 ราย พบว่าความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง มีความเครียดจากการดูแลในระดับค่อนข้างต่ำ ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาทั้งด้านเผชิญหน้ากับปัญหาด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญปัญหาด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ญาติผู้ดูแลรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างสูง ความเครียดจากการดูแล อายุของญาติผู้ดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภารัตน์ นาวารัตน์ (2545) ศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ (Mean = 104.53; S.D. = 33.3; skewness = 0.498) และภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง (Mean = 2,168.75; S.D.= 611.71; skewness = 0) ความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -.658$, $p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(2, 97)} = 48.518$, $p < .001$

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต แต่การศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมยังพบน้อย และยังไม่มีการใช้แนวคิดการดูแลรอบครัวในการศึกษา

5. สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด พบว่า ความพร้อมในการดูแลที่ดีสามารถลดความเครียดในบทบาท และคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี แม้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในระดับสูง ซึ่งจากตัวแปรนี้ยังไม่ค่อยพบการศึกษามากนักในประเทศไทยในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มักพบในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลการศึกษายังไม่ค่อยชัดเจน ส่วนปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง พบว่า การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลงของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมมากขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ และมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงพบไม่มากนักในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยเพิ่มความชัดเจนให้แก่ผู้ดูแลในการมีแหล่งสนับสนุน ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น จะทำให้เกิดผลของการดูแลเชิงบวก สุขภาพจิตของผู้ดูแลจะดีขึ้น มีคุณภาพการให้การดูแลที่ดี ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของผู้ดูแลที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเตรียมความพร้อม ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากการดูแลโดยตรง และความสมดุลของการดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นตัวแปรในการศึกษากครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 100 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลที่กำหนด และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
2. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน โดยให้การดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่อง ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือนและให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
3. สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร อ่านและเขียนหนังสือไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power Analysis กำหนดตามสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553) ความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของขนาดตัวอย่าง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านของวารุณี พลิกบัว (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยใช้ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยเท่ากับ .320 มีตัวแปรทั้งหมดจำนวน 3 ตัวแปรในการคำนวณ แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 100 ราย

3.2 สถานที่เก็บข้อมูล

แหล่งที่ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ

- 1.) ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทุกวันจันทร์ถึงพฤหัสบดี เวลา 08.00 น.-12.00 น.
- 2.) คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.30 น. -16.00 น.

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ชุด ได้แก่

แบบทดสอบสภาพสมองเบื่องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

3.3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.3.1.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และระยะเวลาการเจ็บป่วย

3.3.1.2 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สถานภาพการทำงาน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการต่างๆ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ

3.3.2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล

พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1990) ได้รับการแปลและดัดแปลงแบบวัดความพร้อมในการดูแลโดย Wirojratana (2002) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกละเลยต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลย	ให้ 0 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกละเลยต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อย	ให้ 1 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกละเลยต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกละเลยต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมาก	ให้ 3 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกละเลยต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-32 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่าความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อยแสดงว่าความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (Skewness) (ปาริชาติ โรจน์พลกร-ภูษ และยุดิ ภาษา, 2556) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้นี้เป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้

Skewness < 0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง
Skewness > 0	แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านต่ำ

3.3.3 แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น

พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1990) ได้รับการแปลและดัดแปลงแบบวัดปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น โดย Wirojratana (2002) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1,4,7 ถามการได้รับการช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่ (หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือกลุ่มคนดังกล่าวเลย สามารถข้ามไปตอบคำถามข้อที่ 4,7,10 ได้เลย)

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย	ให้	0 คะแนน
น้อยครั้ง	หมายถึง ท่านได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย	ให้	1 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ท่านได้รับการช่วยเหลือปานกลาง	ให้	2 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านได้รับการช่วยเหลือมาก	ให้	3 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง ท่านได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด	ให้	4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 3,6,9 ถามความพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่

ไม่พึงพอใจมาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกไม่พึงพอใจเลย	ให้	0 คะแนน
ค่อนข้างไม่พึงพอใจ	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจเล็กน้อย	ให้	1 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจปานกลาง	ให้	2 คะแนน
พึงพอใจค่อนข้างมาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจมาก	ให้	3 คะแนน
พึงพอใจมาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	ให้	4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 10ก

เสียใจมากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเสียใจมากที่สุด	ให้	0 คะแนน
เสียใจมาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเสียใจมาก	ให้	1 คะแนน
เสียใจปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเสียใจปานกลาง	ให้	2 คะแนน
เสียใจเล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเสียใจเล็กน้อย	ให้	3 คะแนน
ไม่เสียใจเลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเสียใจเลย	ให้	4 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน ค่าคะแนนที่มาก แสดงว่าได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อยแสดงว่าได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (Skewness) (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และยุวดี ภาษา, 2556) มาใช้ในการ

แปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้เป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้

Skewness < 0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง

Skewness > 0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านต่ำ

3.3.4 แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง

พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1990) ได้รับการแปลและดัดแปลงแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดย Wirojratana (2002) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ โดยลักษณะคำตอบของความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ ถ้าเลือกตอบว่า “ไม่” จะไม่นับคะแนนในข้อนั้น แต่ถ้าเลือกตอบว่า “ใช่” ต้องตอบในส่วนที่ 2 ต่อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ดังนี้ ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเลยให้	0 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นเล็กน้อยให้	1 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นปานกลางให้	2 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากให้	3 คะแนน
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างนั้นมากที่สุดให้	4 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-364 คะแนน ค่าคะแนนที่มาก แสดงว่ามีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้้น้อย แสดงว่ามีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติความเบ้ (Skewness) (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และยุวดี ภาษา, 2556) มาใช้ในการแปลผลค่าคะแนน ซึ่งสถิติความเบ้เป็นค่าที่ใช้วัดความสมมาตรของเส้นโค้งการกระจายของข้อมูล และสามารถแปลผลค่าคะแนนได้ดังนี้

Skewness < 0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านสูง

Skewness > 0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา : ค่าคะแนนส่วนใหญ่ก่อนไปทางด้านต่ำ

3.3.5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)

พัฒนาโดยองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) เป็นแบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อที่ 2, 3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health

(คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9, 11) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 3-5 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1

ดีเยี่ยม	ให้คะแนน	1
ดีมาก	ให้คะแนน	2
ดี	ให้คะแนน	3
ปานกลาง	ให้คะแนน	4
ไม่ดี	ให้คะแนน	5

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 2-3

ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก	ให้คะแนน	1
ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย	ให้คะแนน	2
ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค	ให้คะแนน	3

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 4-7 และ ข้อ 9-12

ตลอดเวลา	ให้คะแนน	1
เกือบตลอดเวลา	ให้คะแนน	2
บางครั้ง	ให้คะแนน	3
นานๆครั้ง	ให้คะแนน	4
ไม่เลย	ให้คะแนน	5

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 8

ไม่เลย	ให้คะแนน	1
เล็กน้อย	ให้คะแนน	2
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน	4
มากที่สุด	ให้คะแนน	5

คะแนนรวม ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนที่ได้น้อยแสดงว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยใช้โปรแกรม QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 5.0 ในการคำนวณภาวะสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ได้แบ่งคะแนน

รวมออกเป็น 2 ด้านได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย (Physical Component Score [PCS]) ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6 – 26 คะแนน และคะแนนรวมด้านจิตใจ (Mental Component Score [MCS]) ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9, 10, 11, 12 คะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 30 คะแนน แปลผลโดยแปลงคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และช่วงคะแนน 50 – 100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware et al., 2009) และมีการแบ่งระดับการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 00.00-24.99	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี
คะแนน 25.00-49.99	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง
คะแนน 50.00-74.99	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพดี
คะแนน 75.00-100.00	หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

3.3.6 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

พัฒนาโดย Folstein, Folstein, & McHugh (1975) แปลโดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แบบประเมินนี้นิยมใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ประเมินความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญา ซึ่งสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา และไม่ได้ได้รับการศึกษา (อ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้) ลักษณะแบบทดสอบมี 11 ข้อใหญ่ ๆ ที่เป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) การรับรู้ทางด้านเวลาและสถานที่ (orientation) ประกอบด้วย การรับรู้ด้านเวลา (orientation for time) และการรับรู้ด้านสถานที่ (orientation for place) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 1, 2 มีคะแนนรวม 10 คะแนน

2) ด้านความจำ (memory) ประกอบด้วย การบันทึกความจำ (registration) และการทดสอบความจำระยะสั้น (recall) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 3, 5 มีคะแนนรวม 6 คะแนน

3) การทดสอบความตั้งใจ (attention) และการคำนวณ (calculation) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 4 มีคะแนนรวม 5 คะแนน

4) ด้านการพูดและภาษา (language) ประกอบด้วย การบอกชื่อสิ่งของ (naming) การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (repetition) การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (verbal command) การทดสอบการอ่านและทำตามสิ่งที่อ่าน (written command) โดยให้ผู้สูงอายุอ่านคำที่กำหนดไว้ (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ต้องทำการประเมินข้อนี้) และการทดสอบการเขียน (writing) โดยให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมายมา 1 ประโยค ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 10 มีคะแนนรวม 8 คะแนน (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ต้องทำการประเมินข้อ 9, 10)

5) ด้านการใช้เหตุผล การคิดแบบนามธรรม โดยให้ผู้สูงอายุวาดรูปตามตัวอย่างที่กำหนดได้แก่ แบบทดสอบที่ 11 มีคะแนน 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบในข้อที่ 4, 9, 10) การศึกษาครั้งนี้ ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาว์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาว์ปัญญาน้อย (cut of point ≤ 14 คะแนน)

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาว์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาว์ปัญญาน้อย (cut of point ≤ 17)

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาว์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาว์ปัญญาน้อย (cut of point ≤ 22)

จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) คัดกรองการบกพร่องด้านการรู้คิดและความจำในญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าญาติผู้ดูแลผ่านเกณฑ์การให้คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) ทุกราย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลแบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสม แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck,

2008) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องของคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี นิยามคำศัพท์ของการวิจัย โดยกำหนดการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3, และ 4 แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี คำนิยาม

1 = ไม่สอดคล้องเลย ต้องปรับปรุงหรือตัดออก 2 = สอดคล้องเล็กน้อย ต้องปรับปรุงมาก

3 = ค่อนข้างสอดคล้อง ต้องปรับปรุงเล็กน้อย 4 = สอดคล้องมาก ไม่ต้องปรับปรุง

ผู้วิจัยนำระดับคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index (CVI) ของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนด้านความถูกต้องในเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าสอดคล้องระดับมาก - มากที่สุด}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เครื่องมือวิจัย ได้แก่

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี คำนิยามในระดับ 3,4 จำนวน 8 ข้อ คำนวณค่า CVI ได้ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับใช้ภาษาให้เหมาะสม

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี คำนิยามในระดับ 3,4 จำนวน 10 ข้อ คำนวณค่า CVI ได้ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับใช้ภาษาให้เหมาะสม

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง มีข้อคำถามจำนวน 91 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี คำนิยามในระดับ 3,4 จำนวน 91 ข้อ และผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี คำนิยามในระดับ 3,4 จำนวน 90 ข้อ และมีความเห็นสอดคล้องในระดับ 2 จำนวน 1 ข้อ คำนวณค่า CVI ได้ .99 โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับใช้ภาษาให้เหมาะสม

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องระหว่างคำถามกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี คำนิยามในระดับ 3,4 จำนวน 12 ข้อ คำนวณค่า CVI ได้ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการปรับใช้ภาษาให้เหมาะสม

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลแบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) ที่ปรับปรุงแล้วทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าผลของค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .827 แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .821 แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .890 และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (Version 2) โดยแบ่งเป็นคะแนนทางด้านร่างกาย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .837 คะแนนรวมทางด้านจิตใจ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .764 คะแนนรวมทั้งฉบับได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .881 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จะดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยเข้ารับการตรวจพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับการพิจารณาและให้คำรับรองในการทำวิจัยครั้งนี้

2. เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2016/49.0407 ลงวันที่ 8 ส.ค. 2559 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยเข้ารับการตรวจพิจารณาถึงคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เพื่อขอรับการพิจารณาและให้คำรับรองในการทำวิจัยครั้งนี้ รหัสโครงการ Q023q/59 ลงวันที่ 20 ต.ค. 2559

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด พยาบาลจะเป็นผู้แจ้งต่อญาติผู้ดูแลที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ และให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด จำนวน 145 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง จำนวน 91 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) จำนวน 12 ข้อ หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จำนวน 11 ข้อใหญ่ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-50 นาที และมีผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยดูแลความเรียบร้อยและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามการวิจัย และเป็นผู้แจ้งแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์

8. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลบริเวณใกล้เคียงกับห้องตรวจ โดยเป็นสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามได้เป็นส่วนตัว และในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเข้าพบแพทย์พร้อมกับผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจหรือต้องติดต่อในแผนกอื่นๆระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามภายหลังเมื่อสะดวก

9. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ผู้เข้าร่วมวิจัยตาม

จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย หลังจากนั้นจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งโครงร่างวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เข้ารับการตรวจพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพथวิทยาการบก เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ ชื่อ สกุลของกลุ่มตัวอย่าง หรือชื่อ สกุลของผู้ป่วยลงในแบบสอบถาม และได้แยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับแบบสอบถามไว้คนละแห่ง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าแบบสอบถามเป็นของผู้ป่วยรายใด การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล คะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) มาวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้สถิติการแจกแจงความถี่(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของลักษณะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของลักษณะผู้ดูแล โดยจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สถานภาพการทำงาน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ

3. วิเคราะห์ข้อมูลความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

5. วิเคราะห์อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression)

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

1. ความคลาดเคลื่อน e มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และเป็นอิสระต่อกัน
2. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์
3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
4. ตัวแปรต้นเป็นอิสระจากกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42 มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72 และมีอายุระหว่าง 61 ถึง 96 ปี อายุเฉลี่ย 82.32 ปี (S.D. = 7.31) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 41 ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36 และพักอาศัยอยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 71 ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาพบว่า มีภาวะสมองเสื่อมจากสมองขาดเลือด (Vascular dementia) คิดเป็นร้อยละ 19 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (Mean = 82.32 ปี, S.D. = 7.31)		
60-69 ปี	9	9.0
70-79 ปี	19	19.0
80 ปีขึ้นไป	72	72.0
เพศ		
หญิง	58	58.0
ชาย	42	42.0

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	54	54.0
หม้าย	41	41.0
โสด	3	3.0
หย่า หรือ แยกกันอยู่	2	2.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.0
ประถมศึกษา	36	36.0
มัธยมศึกษา	23	23.0
ปวช./ ปวส. / อนุปริญญา	9	9.0
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี	28	28.0
การพักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม		
อยู่กับบุตร	71	71.0
อยู่กับสามี/ภรรยา	20	20.0
อยู่กับญาติ	9	9.0
การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม		
Alzheimer's disease	63	63.0
Vascular dementia	19	19.0
Parkinson's disease with dementia	11	11.0
Mix type (Alzheimer's disease with Vascular dementia)	6	6.0
อื่นๆ	1	1.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-3 ปี	40	40.0
4-6 ปี	34	34.0
7-9 ปี	10	10.0
10 ปีขึ้นไป	16	16.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 15 มีอายุระหว่าง 26 ถึง 82 ปี โดยอายุช่วง 45-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาอายุช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 21 มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี (S.D. = 12.13) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมาไม่มีสถานภาพใด คิดเป็นร้อยละ 37 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19 และพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 97 ส่วนมากไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 56 สาเหตุจากเกษียณอายุราชการ คิดเป็นร้อยละ 26 รองลงมาพบว่าหยุดทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 20 มีรายได้ของครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 82 พบว่าเพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรสาวหรือบุตรชาย คิดเป็นร้อยละ 66 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 51 เฉลี่ย 17.17 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 7.12) ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงเวลา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการหลงลืมเพียงอาการเดียว คิดเป็นร้อยละ 38 และมีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยมีอาการหลงลืมร่วมกับบกพร่องในการใช้ภาษา, บกพร่องในการตัดสินใจ, พุด/ทำพฤติกรรมซ้ำๆ คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น คิดเป็นร้อยละ 91 นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมญาติผู้ดูแลไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 88 และมีปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 64 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22 เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 54 และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 93 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (Mean = 56.72 ปี, S.D. = 12.13)		
< 30 ปี	3	3.0
30-44 ปี	9	9.0
45-59 ปี	49	49.0
60-69 ปี	21	21.0
70-79 ปี	17	17.0
80 ปีขึ้นไป	1	1.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	85	85.0
ชาย	15	15.0
สถานภาพสมรส		
คู่	53	53.0
โสด	37	37.0
หย่า หรือ แยกกันอยู่	6	6.0
หม้าย	4	4.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.0
ประถมศึกษา	19	19.0
มัธยมศึกษา	11	11.0
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี	66	66.0
การพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม		
ใช่	97	97.0
ไม่ใช่	3	3.0
สถานภาพการทำงาน		
ทำ	44	44.0
ทำเป็นงานประจำ	36	81.8
ทำเป็นบางวัน	8	18.2
ไม่ได้ทำ	56	56.0
เกษียณ	26	46.4
หยุดทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย	20	35.7
ว่างงาน	7	12.5
อื่นๆ	2	3.6
กำลังหางานทำ	1	1.8

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
20,001 บาทขึ้นไป	82	82.0
15,001-20,000 บาท	8	8.0
10,001-15,000 บาท	5	5.0
5,001-10,000 บาท	3	3.0
ไม่เกิน 5,000 บาท	2	2.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	68	68.0
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	20	20.0
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	10	10.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	2	2.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตรสาว/บุตรชาย	66	66.0
สามี/ภรรยา	20	20.0
ญาติ	8	8.0
พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน	4	4.0
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	2	2.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ชั่วโมง/วัน)		
24 ชั่วโมง/วัน	51	51.0
20-23 ชั่วโมง/วัน	0	0.0
16-19 ชั่วโมง/วัน	1	1.0
12-15 ชั่วโมง/วัน	13	13.0
8-11 ชั่วโมง/วัน	36	36.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ปี)		
1-3 ปี	40	40.0
4-6 ปี	34	34.0
7-9 ปี	10	10.0
10 ปีขึ้นไป	16	16.0

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ		
มีอาการหลงลืม	38	38.0
มีอาการ 2 อาการ	30	30.0
มีอาการ 3 อาการ	18	18.0
มีอาการ 4 อาการขึ้นไป	14	14.0
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น		
ไม่มี	91	91.0
มี	9	9.0
การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน		
ไม่มี	88	88.0
มี	12	12.0
ปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม		
ไม่มี	36	36.0
มี	64	64.0
โรคความดันโลหิตสูง	22	22.0
ไขมันในเส้นเลือดสูง	2	2.0
โรคเบาหวาน	1	1.0
มีโรคร่วม 2 โรค	18	18.0
มีโรคร่วม 3 โรค	11	11.0
อื่นๆ	10	10.0
ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม		
มี	54	54.0
ไม่มี	46	46.0
การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัว และแหล่งประโยชน์อื่นๆ		
มี	93	93.0
ไม่มี	7	7.0

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพ

3.1 ความพร้อมในการดูแล

จากการศึกษาพบว่า คะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Mean = 3.04, S.D. = 0.650) ความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 3.01, S.D. = 0.541) และความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข (Mean = 2.99, S.D. = 0.628) ส่วนคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุดคือ คะแนนความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 2.68, S.D. = 0.680) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 15-32 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 32 คะแนน) Mean = 23.38 , S.D. = 3.85 กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.165) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	Mean	S.D.
ความพร้อมในการดูแลความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ	3.04	0.650
ความพร้อมโดยรวมในการดูแลผู้สูงอายุ	3.01	0.541
ความพร้อมในการขอความช่วยเหลือ และขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข	2.99	0.628
ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวท่านเองและผู้สูงอายุ	2.98	0.619
ความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการและจัดหาบริการการดูแลให้กับผู้สูงอายุ	2.91	0.753
ความพร้อมในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	2.91	0.637
ความพร้อมในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ	2.86	0.652
ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้สูงอายุ	2.68	0.680
คะแนนรวมทั้งหมด	23.38	3.85

3.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น

จากการศึกษา พบว่า คะแนนรวมของปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 28 คะแนน) Mean = 10.88, S.D. = 5.79 กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.755) ญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการช่วยเหลือจากญาติ คิดเป็นร้อยละ 90 ญาติพี่น้องที่ให้ความช่วยในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 3 คน มีความพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติพี่น้อง (Mean = 3.19, S.D. = 0.833) มีเพื่อนและเพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36 โดยมีเพื่อนและเพื่อนบ้านที่ให้ความช่วยเหลือเฉลี่ย 3 คน มีความพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน (Mean = 3.06, S.D. = 0.826) ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือคนรับจ้างดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 45 มีเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพหรือคนรับจ้างดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 2 คน มีความพึงพอใจกับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านี้ (Mean = 3.13, S.D. = 0.786) ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 9 มีความรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ (Mean = 1.89, S.D. = 1.364) ดังแสดงในตารางที่ 4.4 และ 4.5

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ญาติพี่น้องให้การดูแลผู้สูงอายุ		
มาก	55	55.0
บางครั้ง	18	18.0
มากที่สุด	12	12.0
ไม่เลย	10	10.0
น้อยครั้ง	5	5.0
ญาติพี่น้องที่ให้ความช่วยเหลือ		
1-3 คน	64	71.1
4-6 คน	26	28.9

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100) (ต่อ)

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพื่อนและเพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ		
ไม่เลย	64	64.0
บางครั้ง	15	15.0
มาก	9	9.0
มากที่สุด	6	6.0
น้อยครั้ง	6	6.0
เพื่อนและเพื่อนบ้านที่ให้ความช่วยเหลือ		
1-5 คน	33	91.7
6-10 คน	3	8.3
ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือคนรับจ้างดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เลย	55	55.0
น้อยครั้ง	0	0.0
บางครั้ง	7	7.0
มาก	29	29.0
มากที่สุด	9	9.0
เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพหรือคนรับจ้างดูแล		
1-3 คน	41	91.1
4-6 คน	4	8.9
คนที่ท่านคิดว่าควรมาช่วยท่านดูแลผู้สูงอายุให้มากกว่านี้ แต่ไม่ได้ช่วยท่านดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มี	91	91.0
มี	9	9.0

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	Mean	S.D.
ท่านพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติพี่น้อง	3.19	0.833
ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือคนรับจ้างดูแลผู้สูงอายุ	3.13	0.786
ท่านพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	3.06	0.826
คะแนนรวมทั้งหมด	3.13	0.815

3.3 ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญาติผู้ดูแลได้พยายามที่จะหาคนมาช่วยดูแลผู้ป่วย แต่ท่านไม่สามารถหาใครมาช่วยได้ (Mean = 2.29, S.D. = 1.113) ญาติผู้ดูแลอุปการะการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยหรือช่วยผู้ป่วยติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ออกซิเจน, ท่ออาหารสายยาง, สายน้ำเกลือ และสายสวนปัสสาวะ (Mean = 2.00, S.D. = 0.894) ญาติผู้ดูแลต้องช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะอารมณ์ขึ้นๆลงๆ (Mean = 1.78, S.D. = 0.932) และคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุดคือ ญาติผู้ดูแลต้องจัดการกับปัญหาเรื่องความไม่ปลอดภัยในการขับรถของผู้ป่วย (Mean = 0.00, S.D. = 0.00) ญาติผู้ดูแลต้องจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม (Mean = 0.00, S.D. = 0.00) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 0 – 126 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 364 คะแนน) Mean = 45.18, S.D. = 29.99 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.223) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตาราง 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (N = 100)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านได้พยายามที่จะหาคนมาช่วยดูแลผู้ป่วย แต่ท่านไม่สามารถหาใครมาช่วยได้	2.29	1.11
ท่านดูแลอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยหรือช่วยผู้ป่วย คิดตั้งอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ออกซิเจน, ท่ออาหารสายยาง, สายน้ำเกลือ และสายสวนปัสสาวะ	2.00	0.894
ท่านต้องช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยขึ้นๆลงๆ	1.78	0.932
ท่านต้องจัดการเมื่อผู้ป่วยร้องไห้	1.67	1.118
ท่านต้องจัดการกับความหวาดระแวงหรือช่างสงสัยของผู้ป่วย	1.65	1.089
ท่านอุ้มหรือช่วยพยุงผู้ป่วยจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น ช่วยอุ้มหรือพยุงผู้ป่วยจากเตียงลงนั่งเก้าอี้	1.61	0.993
ท่านเคยจัดหาเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล, ศูนย์อนามัย หรือศูนย์เฝ้าไข้เอกชนมาช่วยดูแลผู้ป่วย	1.55	0.688
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้ป่วยใช้คำพูดที่รุนแรง และก้าวร้าว	1.53	1.007
ท่านต้องช่วยผู้สูงอายุในการเดินภายในบ้าน เช่น จูงแขน หรือนำที่หัดเดินมาให้ผู้ป่วย	1.40	0.974
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้ป่วยส่งเสียงดัง	1.39	0.850
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้ป่วยซ่อนสิ่งของ และลี้ภัยซ่อนไว้ที่ไหน	1.36	0.966
ท่านต้องจัดการกับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย	1.33	0.707
ท่านระวังไม่ให้ผู้ป่วยหกล้ม	1.32	1.006
ท่านช่วยผู้ป่วยอาบน้ำ	1.30	0.696
ท่านเคยต้องคอยตรวจตราเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล, ศูนย์อนามัย หรือศูนย์เฝ้าไข้เอกชนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	1.30	0.483
ท่านต้องช่วยเหลือผู้ป่วยขึ้นและลงบันได	1.29	0.999
ท่านต้องรับฟังและตอบคำถามผู้ป่วยที่ถามท่านซ้ำแล้วซ้ำอีก	1.27	1.011
ท่านต้องช่วยผู้ป่วยออกเดินรอบๆนอกบ้าน	1.26	1.069
ท่านต้องจัดการกับอาการคลื่นไส้ของผู้ป่วย	1.25	1.500

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (N = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านเคยต้องคอยตรวจตราเจ้าหน้าที่หรือคนที่ช่วยดูแลว่าได้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความชำนาญ	1.25	0.622
ท่านต้องจัดการกับปัญหาเหนื่อยล้า ไม่มีแรงของผู้ป่วย	1.22	0.780
ท่านต้องตื่นกลางดึก เพื่อดูแลผู้ป่วย	1.21	0.951
ท่านต้องช่วยพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ	1.20	0.641
ท่านเคยติดต่อหาข้อมูลจากโรงพยาบาล, ศูนย์อนามัย หรือศูนย์เฝ้าไข้ เอกชนว่าทางหน่วยงานเหล่านี้มีบริการที่จะช่วยท่านในการดูแลผู้ป่วย	1.19	0.750
ท่านพยายามให้ผู้ป่วยยังคงทำกิจวัตรและทำสิ่งต่างๆ ที่ผู้สูงอายุชอบ	1.18	0.972
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้ป่วยมีความจำและเลือน จำคนหรือสถานที่ไม่ได้	1.16	0.813
ท่านต้องจัดการกับการอยู่ไม่สุข หรือกระวนกระวายของผู้ป่วย	1.14	0.970
ท่านพาผู้ป่วยไปหาหมอ	1.13	0.915
ท่านต้องไปเป็นเพื่อนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไปซื้อของหรือทำธุระ	1.12	0.932
ท่านต้องช่วยผู้ป่วยในปัญหาด้านการหายใจ	1.11	1.054
ท่านต้องช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากการเคลื่อนไหวช้า	1.11	0.756
ท่านต้องจัดการกับอาการป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย	1.09	0.714
ท่านต้องทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยอุจจาระราด	1.08	0.881
ท่านต้องทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยปัสสาวะราด	1.08	0.692
ท่านช่วยผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร	1.07	0.766
ท่านช่วยบอกผู้ป่วยริเริ่มทำกิจกรรมในแต่ละวัน	1.07	0.733
ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้บริการแท็กซี่, รถเมล์ หรือรถตุ๊กๆ	1.06	0.695
ท่านต้องจัดการกับการที่ผู้ป่วยทุบตีหรือผลักคนอื่น	1.00	1.155
ท่านต้องช่วยจัดการกับอาการเจ็บปวดทางด้านร่างกายของผู้ป่วย	1.00	1.069
ท่านต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหาเรื่องท้องผูกหรือท้องเดิน	1.00	0.681
ท่านช่วยผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาสุขภาพที่สำคัญ เช่น การผ่าตัด หรือการเปลี่ยนการรักษา	0.99	0.790
ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องอนาคตการดำรงชีวิต หรือเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย	0.97	1.062
ท่านช่วยผู้ป่วยดูแลผม หรือสระผม	0.97	0.695

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (N = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านช่วยผู้ป่วยสวมเสื้อผ้า หรือถอดเสื้อผ้า	0.97	0.616
ท่านพาผู้ป่วยออกนอกบ้าน เช่น ไปวัดเยี่ยมญาติหรือเพื่อน หรือ รับประทานอาหารนอกบ้าน	0.91	0.734
ท่านต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ออกนอกบ้าน เนื่องจากกลัวผู้ป่วยพลัดหลงทาง หรือกลับบ้านไม่ถูก	0.91	0.685
ท่านช่วยผู้ป่วยแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟันปลอม	0.91	0.629
ท่านต้องคอยดูให้อยู่ในสายตาเสมอเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย	0.89	0.827
ท่านต้องระวังหรือดูแลรักษาการติดเชื้อของผู้ป่วย	0.87	0.744
ท่านต้องจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใส่กุญแจ หรือล้อคกลอนประตู	0.87	0.718
ท่านต้องดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ	0.86	0.703
ท่านต้องสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติไปจากเดิม	0.86	0.682
ท่านต้องช่วยผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความละเอียด เช่น การตัด ใส่กระดุม หรือเปิดฝากระป๋อง	0.86	0.472
ท่านปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น จัดสถานที่เฉพาะให้ ดัดตั้งราวไม้หรือปรับเปลี่ยนห้องน้ำ	0.85	0.544
ท่านต้องช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา	0.85	0.526
ท่านเคยเสาะหาข้อมูลจากหมอหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้กับผู้ป่วย	0.80	0.453
ท่านช่วยผู้ป่วยในการรับประทานยาหรือฉีดยา	0.79	0.866
ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามชนิด หรือปริมาณที่ผู้ป่วยควรจะได้	0.79	0.695
ท่านช่วยผู้ป่วยทำกิจวัตรทางด้านกฎหมาย	0.79	0.682
ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำเพียงพอ	0.77	0.655
ท่านคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสารพิษ เช่น กินยาเกินขนาด หรือได้รับสารพิษที่ใช้ในบ้าน	0.77	0.608
ท่านนั่งเป็นเพื่อนผู้ป่วย	0.76	0.727
ท่านดูแลและตัดเล็บมือเล็บเท้าให้กับผู้ป่วย	0.75	0.542
ท่านช่วยเขียนหนังสือให้ผู้ป่วย	0.74	0.667
ท่านคอยดูแลจำนวนคนที่มาเยี่ยมผู้ป่วย	0.71	0.726

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (N = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ดูรายการธรรมะทางโทรทัศน์หรือวิทยุ หรืออ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วย	0.69	0.467
ท่านเล่าถึงอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้ป่วยให้หมอที่ตรวจรักษาทราบ	0.68	0.726
ท่านช่วยผู้ป่วยในการทำบุญ เช่น เตรียมอาหารใส่บาตร, ทำบุญเลี้ยงพระ, เชิญบาทหลวง, พระอิสลาม, มาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน	0.68	0.526
ท่านขับรถให้ผู้ป่วย	0.67	0.853
ท่านทำอาหารหรือเตรียมอาหารให้ผู้ป่วย	0.67	0.713
ท่านต้องคอยเล่าอาการของผู้ป่วยให้คนในครอบครัวทราบ	0.67	0.543
ท่านได้ทำสิ่งเหล่านี้ เช่น จับมือ หรืออุ้มหลังผู้ป่วย	0.67	0.533
ท่านช่วยผู้ป่วยตัดสินใจด้านการเงินที่สำคัญๆ	0.67	0.497
ท่านเล่าถึงอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพรับทราบ	0.65	0.722
ท่านช่วยผู้ป่วยในการเบิกเงินหรือฝากเงินกับธนาคาร หรือการจ่ายเงิน ค่าใช้จ่ายต่างๆ	0.65	0.621
ท่านต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการบวมเกิดขึ้น	0.65	0.606
ท่านต้องช่วยผู้ป่วยในการกรอกแบบฟอร์มต่างๆ เช่น กรอกแบบฟอร์ม ทางด้านกฎหมาย ทางด้านสุขภาพ	0.64	0.641
ท่านมีส่วนในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ	0.61	0.643
ท่านช่วยผู้ป่วยใช้โทรศัพท์	0.60	0.771
ท่านอ่านหนังสือให้ผู้ป่วย	0.56	0.726
ท่านช่วยผู้ป่วยทำงานบ้านที่เบาๆ	0.54	0.547
ท่านไปจ่ายตลาดซื้อของใช้หรือทำธุระให้ผู้ป่วย	0.53	0.654
ท่านซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้หรือทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆให้ผู้ป่วย	0.52	0.587
ท่านต้องคอยตรวจตรา ดูแล และรักษาปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังของผู้ป่วย	0.51	0.577
ท่านเคยเสาะแสวงหาแหล่งรักษาอื่นๆ เช่น ยาจีน, สมุนไพร, นวดแผนโบราณ, หรือน้ำมันดี เพื่อบรรเทาปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย	0.50	1.000
ท่านดูแลผิวหนังและทาโลชั่นให้ผู้ป่วย	0.39	0.523

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง (N = 100) (ต่อ)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	Mean	S.D.
ท่านช่วยผู้ป่วยใช้ส้วม หรือหม้อนอน(กระโถน)	0.36	0.809
ท่านเป็นคนเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ผู้ป่วย	0.26	0.580
ท่านต้องจัดการกับปัญหาเรื่องความไม่ปลอดภัยในการขับถ่ายของผู้ป่วย	0.0	0.00
ท่านต้องจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม	0.0	0.00
คะแนนรวมทั้งหมด	1.13	0.72

3.4 ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=72.55, S.D.=16.14) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33 ในด้านภาวะสุขภาพโดยรวม 8 มิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี (≥ 50 คะแนน) ร้อยละ 86 มีภาวะสุขภาพไม่ดี (< 50 คะแนน) ร้อยละ 14 เมื่อแบ่งในด้านสุขภาพกาย (PCS) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพกายสูงกว่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ยของคนปกติในสหรัฐอเมริกา (≥ 50 คะแนน) ร้อยละ 95 (Mean =70.77, S.D.= 17.12) มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ยของคนปกติในสหรัฐอเมริกา (≥ 50 คะแนน) ร้อยละ 86 (Mean =74.33, S.D.= 18.42) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 25-97.92 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 100 คะแนน) Mean=72.55, S.D.=16.14 มีภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทางด้านสูง ดังแสดงในตารางที่ 4.7, 4.8 และ 4.9

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	Mean	S.D.
ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	3.54	0.846
ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาดเช็ดบ้าน หรือหิ้วของ กลับจากตลาด	2.53	0.559

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	Mean	S.D.
ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคในการเดินขึ้นบันไดขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน	2.32	0.584
ท่านเคยมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการ เนื่องจากสุขภาพของท่าน	4.30	0.870
ท่านไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น เนื่องจากสุขภาพของท่าน	4.19	0.861
ท่านเคยมีปัญหาในการทำงานได้ปริมาณน้อยกว่าที่ต้องการเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่าน เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล	4.36	0.835
ท่านเคยมีปัญหาในการทำงาน หรือทำกิจกรรมอื่นๆ โดยปราศจากความระมัดระวัง ล้มเพรา เลินเล่อ อย่างที่เคย เนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ของท่าน เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล	4.48	0.772
ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ (งานในบ้านและนอกบ้าน)	1.83	0.766
ท่านรู้สึกใจสงบ ใจนิ่ง มีสมาธิ	2.61	1.053
ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น	2.55	1.086
ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่	4.07	1.047
ท่านรู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท	4.09	1.164
คะแนนรวมทั้งหมด	70.56	16.42

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละของภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะสุขภาพโดยรวม แบ่งตามรายด้าน ภาวะสุขภาพกายและจิตของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ		
ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป		
ดีเยี่ยม	9	9.0
ดีมาก	48	48.0
ดี	33	33.0
ปานกลาง	8	8.0
ไม่ดี	2	2.0
ภาวะสุขภาพโดยรวม 8 มิติ		
ภาวะสุขภาพดี (≥ 50 คะแนน)	86	86.0
ภาวะสุขภาพไม่ดี (< 50 คะแนน)	14	14.0
ภาวะสุขภาพกาย		
สูงกว่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ย (≥ 50 คะแนน)	95	95.0
ต่ำกว่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ย (< 50 คะแนน)	5	5.0
ภาวะสุขภาพจิต		
สูงกว่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ย (≥ 50 คะแนน)	86	86.0
ต่ำกว่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ย (< 50 คะแนน)	14	14.0

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N = 100)

คะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	Mean	S.D.	Min	Max	แปลผล
คะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม	72.55	16.14	25.00	97.92	ดีมาก
คะแนนภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (PCS)	70.77	17.12	16.67	100.00	ดีมาก
คะแนนภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (MCS)	74.33	18.42	25.00	100.00	ดีมาก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์การกระจายของตัวแปร โดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov Test พบว่าการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน จึงใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากการวิเคราะห์ พบว่าความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.412$) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.444$) นอกจากนี้พบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความพร้อมในการดูแล	1.00			
2. ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น	.318**	1.00		
3. ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	-.415**	-.148	1.00	
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.412**	.118	-.444**	1.00

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 5 ข้อมูลอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพโดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนเดียว (enter regression analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลทางลบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ($b = -1.14$, $p < 0.05$) อธิบายได้ว่า หากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงเพิ่มขึ้น จะทำให้ภาวะสุขภาพต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่มีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความพร้อมในการดูแล ($b = 1.151, p < 0.05$) อธิบายได้ว่า หากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น จะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2 = 0.260, F = 17.027, p < 0.05$) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.331, p < 0.05$) รองลงมา คือ ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.274, p < 0.05$) และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงและความพร้อมในการดูแลสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว (enter regression analysis) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 100)

ตัวแปรทำนาย	b	SE(b)	Beta	t	p-value
Constant	54.441	10.818	-	5.033	.000
ความพร้อมในการดูแล	1.151	.403	.274	2.858	.005
ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง	-1.14	.033	-.331	-3.443	.001

สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = a + b_1(\text{totalp}) + b_2(\text{totalh}) + b_3(\text{totals})$$

เมื่อ Y ในการศึกษา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เมื่อ a ในการศึกษา คือ ค่าคงที่ (constant) ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

เมื่อ b_1, b_2, b_3 ในการศึกษา คือ ค่าประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบของความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$Y = a + 1.151(\text{totalp}) - 1.14 (\text{totals})$$

$$Y = 54.441 + 1.151 X_1 - 1.14 X_3$$

จากสมการพยากรณ์ สามารถอธิบายได้ว่า

$b_1 = 1.151$ เมื่อความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้น 1.151 หน่วย

$b_3 = -1.14$ เมื่อความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะลดลง 1.14 หน่วย



บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษามาอภิปรายผลดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 100 ราย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลงานบ้าน อบรมเลี้ยงดูบุตร และมีหลายบทบาทหน้าที่ในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นภรรยา แม่ ผู้ดูแลพ่อแม่สูงอายุ หรือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Tang & Tang, 2001; Kim, Hong, Lee, Kim, Kang & Lee, 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ช่วงอายุ 45-59 ปี (เดือนใจ ภักดีพรหม, 2548; นภาพร ฤทธิวีรกุล, 2548; ปิณฑิร ลีรติพาการ และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556; พชรมณห์ ลำเลียงพล, 2558; สาธิตา แรกคำนวณ และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2555; Ching-Tzu et al., 2014.; Huang et al., 2015; Richardson, Lee, Marla Berg-Weger & Grossberg, 2013; Shyu et al., 2010; Valente et al., 2011; Yu et al., 2015) ซึ่งอายุยังเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแล เนื่องจากอายุแสดงถึงวัยวุฒิ วุฒิภาวะทางด้านจิตใจ บ่งชี้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจเนื้อหา และการรับรู้ข่าวสารต่างๆ รวมถึงบ่งชี้อารมณ์ที่แตกต่างกันในกลุ่มวัยต่างกัน (สุชา จันทร์อม, 2536; กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2550) รวมทั้งหากญาติผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น สุขภาพก็มีความเสื่อมลงไปตามวัย ทำให้การดูแลเริ่มเป็นภาระเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว หรือมีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น

(Pinquart & Sorensen, 2007) และต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (วิลมรัตน์, 2537) ในด้านสถานภาพการสมรส จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53) ซึ่งสถานภาพสมรส เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสัมพันธ์ในด้านสังคมและด้านจิตใจระหว่างบุคคล เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยก็จะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ, 2556) ส่วนด้านระดับการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 66) อาจเป็นเพราะการศึกษาระดับนี้เป็นการศึกษาในสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครที่มีการพัฒนาทางการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับโอกาสและการสนับสนุนทางการศึกษาที่มากกว่า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของวัดภา ส่งวัฒนาพุทธ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครปฐมและราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51) ซึ่งระดับการศึกษาเป็นการเพิ่มประสบการณ์ในชีวิต เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ การใช้เหตุผลเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้าน ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคม รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ รู้จักวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (เรวดี สุวรรณพเก้า และศรีรินทร์ เกรย์, 2554) ส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 66) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2547; ปิติพร สิริทิพากร, 2555; สุรพิชญ ชนะพิศ, 2552; อารีย์ แสงรัมย์, 2547) แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นคู่สมรสมากกว่า (Carter et al., 2010; Lawrence et al., 2011; Lyons et al., 2009; Tanji, 2008) เนื่องจากลักษณะโครงสร้างครอบครัวไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นชุมชนของเมืองหลวง แต่วัฒนธรรมของคนไทยกล่าวว่าผู้เป็นบุตรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตเจริญก้าวหน้า เป็นสัญลักษณ์ของการแสดงถึงความกตัญญูทดเวท (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2551)

นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 51 โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน (ร้อยละ 91) เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเดิม มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเจ็บป่วย เกือบหนึ่งในสามรู้สึกเครียดกดดัน และหนึ่งในสี่ที่ไม่สามารถนอนหลับได้สนิท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุภายในบ้านเป็นเวลานานกว่า 10 ปี และร้อยละ 60 ของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 5 ปี เริ่มตกอยู่ในภาวะเครียด (Roland, Jenkins & Johnson, 2010)

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษา พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=72.55, S.D.=16.14) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48 ในด้านภาวะสุขภาพโดยรวม 8 มิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี (≥ 50 คะแนน) ร้อยละ 86 เมื่อวิเคราะห์ด้านสุขภาพกาย (PCS) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพกายในระดับดีมาก ร้อยละ 95 (Mean =70.77, S.D.= 17.12) และด้านสุขภาพจิตในระดับดีมาก ร้อยละ 86 (Mean =74.33, S.D.= 18.42) เช่นกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยอายุช่วง 45-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 49 มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี (S.D. = 12.13) ซึ่งอายุจะแสดงถึงวุฒิและบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจในเนื้อหา ข้อมูลข่าวสารรวมถึงการรับรู้ต่างๆ ได้มากน้อยตามประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66 ซึ่งการมีระดับการศึกษาที่ดีจะมีการใช้เหตุผล สถิติปัญญาในการแก้ปัญหาได้ดี จึงสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น สามารถประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพได้ตรงกับความเป็นจริง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิต (MCS) อยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 71 และส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ซึ่งเพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานบ้าน อบรมเลี้ยงดูบุตร ผู้ดูแลพ่อแม่สูงอายุ หรือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย และพื้นฐานสังคมไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องของความกตัญญู กล่าวว่าเป็นบุตรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตมีความเจริญก้าวหน้า (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงค่อนข้างต่ำ (Mean=1.13, S.D.= 0.72) พร้อมทั้งส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 53 ทำให้มีผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งสาม/ภรรยา ลูกหลาน คอยรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยแก้ไขและเผชิญปัญหาไปด้วยกัน ทำให้ไม่รู้สึกเครียด หรือเป็นภาระในการดูแล จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (นภาพร ฤทธิวีรกุล, 2548)

ส่วนที่ 3 การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

จากผลการศึกษา พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 26 ($R^2=0.260$, $F=17.027$, $p < 0.05$) โดยความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.331$, $p < 0.05$) รองลงมา คือ ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.274$, $p < 0.05$)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.331$, $p < 0.05$) แสดงว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ฤทธิวีรกุล (2548) ศึกษาถึงอิทธิพลของปริมาณการดูแล ความเครียดจากการดูแล ปัญหาการสื่อสาร และรางวัลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ทฤษฎี Stress and Coping พบว่ามีความเครียดจากการดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (Mean = 89.38, SD. = 36.25, Skewness = 1.029) ความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = -0.471$, $p < 0.01$) และความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ 22% ($F_{(1, 88)} = 25.134$, $p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาวิภารัตน์ นาวารัตน์ (2545) ศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประ โยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ (Mean = 104.53, S.D. = 33.3, skewness = 0.498) และภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง (Mean = 2,168.75, S.D.= 611.71, skewness = 0) ความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -0.658$, $p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(2, 97)} = 48.518$, $p < 0.001$ ซึ่งกล่าวได้ว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิด มีปัญหาด้านความจำ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตลอดเวลา และพบว่าต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 24 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51) เฉลี่ย 17.17 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เกิดความเครียด และส่งผลต่อระบบการทำงานของภูมิคุ้มกัน รวมทั้งญาติผู้ดูแล

ไม่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลมาก่อน (ร้อยละ 91) ซึ่งทฤษฎีการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart (1980) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเครียดจากบทบาทการดูแล เนื่องจากรับหน้าที่บทบาทใหม่เพิ่มจากบทบาทที่มีอยู่เดิม ความเครียดจากบทบาทการดูแลมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.274, p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า หากญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น จะมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, Shyu, Tsai, Yang & Yao (2013) ศึกษาผลกระทบของสภาพการทำงานและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่าความพร้อมในการดูแลสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = 4.8\%, P = 0.029$) และการศึกษาของ Shyu, Yang, Huang, Kuo, Chen, & Hsu (2010) ที่ศึกษาถึงอำนาจการทำนายเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลทั้งทางบวกและทางลบ คือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสมดุลของการดูแลกับความต้องการการดูแล ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความพร้อมในการดูแลจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 2.2\%, p < 0.05$) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎี The Family Care Mode กล่าวไว้ว่า ความพร้อมในการดูแล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (Archbold & Stewart, 1980; Wirojratana, 2002)

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากผลวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการศึกษานี้ จึงพบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ อธิบายได้ว่า ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับวีการัตน์ นาวารัตน์ (2545) ศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 ราย พบว่าการขาดแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -0.572, p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,97)} = 48.518, p < 0.001$) การที่ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสุขภาพมาให้การช่วยเหลือทำกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นครั้งคราว เป็นการช่วยเหลือดูแล แบ่งเบาภาระ แต่อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแล อาจมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจด้วยเช่นกัน และเครื่องมือการวัดปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ หรือแรงสนับสนุนของญาติผู้ดูแลอาจจะไม่ครอบคลุมปรากฏการณ์ของแรงสนับสนุนที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแลด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลครอบครัว

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิด The Family Care Model ซึ่งพัฒนาโดย อาร์ตโบน และสจ๊วต Archbold and Stewart (1980) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแล 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 100 ราย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล 2) แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล 3) แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น 4) แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และ 5) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) พัฒนาโดยองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมืออย่างเป็นทางการในการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI = 1.00, 1.00, 0.99, 1.00 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (Version 2) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.82, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยจำนวน 100 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลที่กำหนด ไม่มีผู้ใดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จึงเป็นตัวอย่างจริงที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนเดียว (enter regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยมีดังนี้

- 1) ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.412, p < 0.05$)
- 2) ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 3) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.444, p < 0.05$)
- 4) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลสูงสุดในการทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.331, p < 0.05$)
- 5) ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.274, p < .05$)
- 6) ความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2 = 0.260, F = 17.027, p < 0.05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional design) อาจไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม เพื่อลดความเครียด ซึ่งทำให้มีผลดีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
2. ควรมีการประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินว่าญาติผู้ดูแลขาดความพร้อมในด้านใด แล้วจึงวางแผนการพยาบาล ให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล จัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล หรือให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อม ความมั่นใจในการให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น
3. ควรจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลและกิจกรรมเพื่อลดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่ญาติผู้ดูแลเป็นอยู่

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างนอกเหนือจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยทำการศึกษาในแหล่งชุมชน อาจทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาจัดทำโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลหลัก ให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในขณะที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

ร้อยโทหญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์ 5736859 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิจารณ์ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, Ph.D. (NEUROSCIENCE), ลักษณันท์ ชีวะเกรียงไกร, พบ. ว.ว. (ประสาทวิทยา)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรโลก พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกกว่า 901 ล้านคน (United Nations, 2015) ซึ่งในประเทศไทยจากข้อมูลสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลปี 2559 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 10,783,000 คน ประมาณร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี 2564 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้น มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ร่างกายนั้นก็ยังมีความเสื่อมถอย โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 46.8 ล้านคน และคาดการณ์ได้ว่าในปี 2050 จะพบผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 131.5 ล้านคน (Alzheimer's Disease International, 2015) จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่าสำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมในวัยสูงอายุมากกว่า 600,000 คน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามจำนวนของผู้สูงอายุ โดยพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.1 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.6 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557)

ภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทซึ่งพบได้บ่อย โดยอาการของภาวะสมองเสื่อมจะพบความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้จำ ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม

และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (National Institute on Aging, 2015) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการสูญเสียความทรงจำ การรับรู้ในเรื่องของวัน เวลา สถานที่ (Janet et al., 2007) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมการเดินทาง จำเส้นทางไม่ได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหายตัวไปจากบ้าน (Robinson et al., 2006) หรืออาจพุดจาเข้าๆวนไปมา มีพฤติกรรมที่วุ่นวายก้าวร้าว รื้อข้าวของ (Ruth et al., 2006) ภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (WHO, 2003; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2006; Tas et al., 2007) นำไปสู่การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง จึงต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เกิดภาวะการพึ่งพาระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และประเทศชาติ

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็น “โรคครอบครัว” เนื่องจากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล และทุกคนในครอบครัว นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะมีบทบาทใหม่ คือ เป็นผู้ดูแล ซึ่งอาจมีความยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน (Sansoni, Vellone & Piras, 2004) ต้องใช้ความพยายามและความอดทนค่อนข้างสูง เพราะต้องเผชิญกับความก้าวหน้าของโรคที่ทรุดลงทุกวัน ซึ่งมีความบกพร่องในการดูแลตนเองจากการสูญเสียการทำงานของสมองหลายๆ ด้านพร้อมกันอย่างช้าๆแต่ถาวร จนสูญเสียการดูแลตนเองในที่สุด (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547) ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแล จนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยได้ (Brodaty, 2009)

ในบทบาทญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในหลายๆด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากการเป็นผู้ดูแลถึงร้อยละ 80.56 มีอาการปวดหลังจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง (ศิริณี ศรีหาค และคณะ, 2556; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2557) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากต้องให้การดูแลตลอดทั้งวัน (The National Institute on Aging, 2015) และเมื่อปัญหาทางพฤติกรรม อาการทางจิตเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล ทุกข์ใจ โศกเศร้าอย่างรุนแรง แยกตัวออกจากสังคม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมลดลง (Kiely, Prigerson, & Mitchell, 2008; Marwit & Meuser, 2005; Meuser, Marwit, & Sanders, 2004; Silverberg, 2008) การดูแลยังทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการตอบสนองทางอารมณ์ และผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Pinquart & Sorensen, 2007) โดยแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์การดูแลและรูปแบบการเผชิญปัญหา อาจเกิดได้ทั้งภาวะซึมเศร้า (Schulz et al., 2003) วิตกกังวล (Cooper et al., 2007) และความรู้สึกทางลบ (Brummett et al., 2006) และยังมีผลโดยตรงกับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล อาจเสี่ยงต่อการทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Kim et al., 2009) และส่งผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลทำให้มีรายได้ลดลง ในบางรายอาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมา จนในที่สุดอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัคย์ และคณะ, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องเผชิญกับความก้าวหน้าของโรคที่แย่งชิงชีวิต ทำให้ครอบครัวและญาติผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาอำนาจการทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระดับสูง ตามระยะการดำเนินโรค ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้ การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินโรค การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของโรค จะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ดังนั้นจากที่ได้ศึกษางานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยพบว่า ความพร้อมในการดูแลที่ดีสามารถลดความเครียดในบทบาท และคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี แม้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในระดับสูง ซึ่งจากตัวแปรนี้ยังไม่ค่อยพบการศึกษามากนักในประเทศไทยในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มักพบในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลการศึกษายังไม่ค่อยชัดเจน ส่วนปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง พบว่า การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลงของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมมากขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ และมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงพบไม่มากนักในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยเพิ่มความชัดเจนให้แก่ผู้ดูแลในการมีแหล่งสนับสนุน ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลของการดูแลเชิงบวก และเพิ่มคุณภาพการดูแลที่ดี ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของญาติผู้ดูแลที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ประชากรคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลัก ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน ให้การดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่องระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร อ่านและเขียนหนังสือไทยได้ และไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ (α) 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 และขนาดของอิทธิพล (Effect size) ของขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านของวารุณี พลิกบัว (2549) ใช้ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยเท่ากับ 0.320 มีตัวแปรทั้งหมดจำนวน 3 ตัวแปรในการคำนวณ แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)

1.2 ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สถานภาพการทำงาน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการต่างๆ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น การดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ

2. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล

พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1990) ได้รับการแปลและดัดแปลงแบบวัดความพร้อมในการดูแลโดย Wirojratana (2002) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .827 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย)

3. แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น

พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1990) ได้รับการแปลและดัดแปลงแบบวัดปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นโดย Wirojratana (2002) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

(Polit & Beck, 2008) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .821 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย)

4. แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง

พัฒนาโดย Archbold & Stewart (1990) ได้รับการแปลและดัดแปลงแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดย Wirojratana (2002) ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ แปลผลค่าคะแนน ด้วยสถิติความเบ้ (Skewness) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.890 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย)

5. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)

พัฒนาโดยองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 2009) เป็นแบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อที่ 2, 3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9, 11) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2008) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ โดยแบ่งเป็นคะแนนทางด้านร่างกาย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .837 คะแนนรวมทางด้านจิตใจ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.764 คะแนนรวมทั้งฉบับ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .881 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยเสนอโครงการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2016/49.0407 ลงวันที่ 8 ส.ค. 2559 และเสนอโครงการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก ซึ่งได้รับการรับรองในการทำวิจัย รหัสโครงการ Q023q/59 ลงวันที่ 20 ต.ค. 2559 และดำเนินการวิจัยผ่านการอนุมัติตามสายบังคับบัญชา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยขอความร่วมมือ จากพยาบาลประจำห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด จำนวน 145 ข้อ หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-50 นาที และมีผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยดูแลความเรียบร้อยและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ในขณะที่ญาติผู้ดูแลทำแบบสอบถามการวิจัย และเป็นผู้แจ้งแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ภายหลังเมื่อสะดวก หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ผู้เข้าร่วมวิจัยตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย หลังจากนั้นจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้การแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล และวิเคราะห์ข้อมูลความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวนมากที่สุด และมีอายุระหว่าง 61 ถึง 96 ปี อายุเฉลี่ย 82.32 ปี (S.D. = 7.31)

มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36 และพักอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 71 ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ 63 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีอายุระหว่าง 26 ถึง 82 ปี โดยอายุช่วง 45-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 49 มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี (S.D. = 12.13) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66 และพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 97 ส่วนมากมีสถานภาพการทำงานไม่ทำงาน ร้อยละ 56 เนื่องจากเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 26 มีรายได้ของครอบครัว 20,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 82 ความเพียงพอของรายได้ พบว่ามีความเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 68 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรสาวหรือบุตรชาย ร้อยละ 66 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 17.17 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 7.120) โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงเวลา 1-3 ปี ร้อยละ 40 และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการหลงลืม ร้อยละ 38 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ร้อยละ 91 นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมญาติผู้ดูแลไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน ร้อยละ 88 และมีปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 64 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22 เกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 54 และการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ ร้อยละ 93

2. ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพ

2.1 ความพร้อมในการดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 15-32 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 32 คะแนน) Mean = 23.38, S.D. = 3.85 กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.165)

2.2 ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 28 คะแนน) Mean = 10.88, S.D. = 5.79 กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.755)

2.3 ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 0 – 126 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 364 คะแนน) Mean = 45.15, S.D. = 29.99 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนไปทางด้านต่ำ (Skewness = 0.223)

2.4 ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 25-97.92 คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 100 คะแนน) Mean = 72.55, S.D. = 16.14 มีภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทางด้านสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา พบว่าความพร้อมในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.412, p < 0.05$) และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.444, p < 0.05$) นอกจากนี้ พบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

4. อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2=.260$, $F=17.027$, $p < 0.05$) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาดอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.331$, $p < 0.05$) รองลงมาคือ ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.274$, $p < 0.05$)

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษา พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี ($Mean=72.55$, $S.D.=16.14$) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48 ในด้านภาวะสุขภาพโดยรวม 8 มิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสุขภาพดี (≥ 50 คะแนน) ร้อยละ 86 เมื่อวิเคราะห์ด้านสุขภาพกาย (PCS) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพกายในระดับดีมาก ร้อยละ 95 ($Mean = 70.77$, $S.D. = 17.12$) และด้านสุขภาพจิตในระดับดีมาก ร้อยละ 86 ($Mean = 74.33$, $S.D. = 18.42$) เช่นกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยอายุช่วง 45-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 49 มีอายุเฉลี่ย 56.72 ปี ($S.D. = 12.13$) ซึ่งอายุจะแสดงถึงวุฒิและบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจในเนื้อหา ข้อมูลข่าวสารรวมถึงการรับรู้ต่างๆ ได้มากน้อยตามประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66 ซึ่งการมีระดับการศึกษาที่ดีจะมีการใช้เหตุผล สถิติปัญหาในการแก้ปัญหาได้ดี จึงสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น สามารถประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพได้ตรงกับความเป็นจริง (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิต (MCS) อยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 71 และส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ซึ่งเพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานบ้าน อบรมเลี้ยงดูบุตร ผู้ดูแลพ่อแม่สูงอายุ หรือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย และพื้นฐานสังคมไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องของความกตัญญู กล่าวว่าการมีหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตมีความเจริญก้าวหน้า (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงค่อนข้างต่ำ ($Mean = 1.13$, $S.D.= 0.72$) พร้อมทั้งส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53 ทำให้มีผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งสามมิถรรยา ลูกหลาน คอยรับฟัง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยแก้ไขและเผชิญปัญหาไปด้วยกัน ทำให้ไม่รู้สึกรีเครียด หรือเป็นภาระในการดูแล จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมี ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (นภาพร ฤทธิ์วีรกุล, 2548)

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียด จากบทบาทการดูแลโดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ จากผลการศึกษา พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแล โดยตรง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 26 ($R^2 = .260$, $F = 17.027$, $p < 0.05$) โดยความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีขนาด อิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = -0.331$, $p < 0.05$) รองลงมา คือ ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ($\beta = 0.274$, $p < 0.05$)

ความเครียดจากบทบาทการดูแลสามารถร่วมทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ฤทธิ์วีรกุล (2548) ศึกษาถึงอิทธิพลของปริมาณ การดูแล ความเครียดจากการดูแล ปัญหาการสื่อสาร และรางวัลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ทฤษฎี Stress and Coping พบว่า มีความเครียดจากการดูแลอยู่ ในระดับค่อนข้างต่ำ (Mean = 89.38, S.D. = 36.25, Skewness = 1.029) ความเครียดจากการดูแลมี ความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = -0.471$, $p < 0.01$) และ ความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ 22% ($F_{(1, 88)} = 25.134$, $p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิภารัตน์ นาวรัตน์ (2545) ศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประ โยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ (Mean = 104.53; S.D. = 33.3; skewness = 0.498) และภาวะ สุขภาพในระดับปานกลาง (Mean = 2,168.75; S.D. = 611.71; skewness = 0) ความเครียดจากการดูแลมี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -0.658$, $p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(2, 97)} = 48.518$, $p < 0.001$ ซึ่งกล่าวได้ว่าความเครียดจากบทบาทการดูแล โดยตรงมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากผู้ดูแลที่ให้การ ดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านการรู้คิด มีปัญหาด้านความจำ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลและ

แก้ปัญหาเฉพาะหน้าตลอดเวลา และพบว่าต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 24 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51) เฉลี่ย 17.17 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เกิดความเครียด และส่งผลต่อระบบการทำงานของภูมิคุ้มกัน รวมทั้งญาติผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลมาก่อน (ร้อยละ 91) ซึ่งทฤษฎีการดูแลครอบครัวของ Archbold & Stewart (1980) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเครียดจากบทบาทการดูแล เนื่องจากมารับหน้าที่บทบาทใหม่เพิ่มจากบทบาทที่มีอยู่เดิม ความเครียดจากบทบาทการดูแลมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ความพร้อมในการดูแลมีขนาดอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.274, p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า หากญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น จะมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, Shyu, Tsai, Yang & Yao (2013) ศึกษาผลกระทบของสภาพการทำงานและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่าความพร้อมในการดูแลสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{change}} = 4.8\%, P = 0.029$) และการศึกษาของ Shyu, Yang, Huang, Kuo, Chen, & Hsu (2010) ที่ศึกษาถึงอำนาจการทำนายเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลทั้งทางบวกและทางลบ คือ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสมดุลของการดูแลกับความต้องการการดูแล ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความพร้อมในการดูแลจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 2.2\%, p < 5.05$) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎี The Family Care Mode กล่าวไว้ว่า ความพร้อมในการดูแล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (Archbold & Stewart, 1980; Wirojratana, 2002)

ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และจากผลวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการศึกษานี้ จึงพบว่าปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ อธิบายได้ว่า ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับวิการ์ตัน นาวาร์ตัน (2545) ศึกษาถึงอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 ราย พบว่าการขาดแหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -0.572, p < 0.01$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,97)} = 48.518, p < 0.001$) การที่ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสุขภาพมาให้การช่วยเหลือทำกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นครั้งคราว เป็นการช่วยเหลือดูแล แบ่งเบาภาระ แต่อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแล อาจมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจด้วยเช่นกัน และเครื่องมือการวัดปริมาณ

การช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ หรือแรงสนับสนุนของญาติผู้ดูแลอาจจะไม่ครอบคลุมปรากฏการณ์ของแรงสนับสนุนที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลครอบครัว

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษแบบตัดขวาง (cross-sectional design) อาจจะไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม เพื่อลดความเครียด ซึ่งทำให้มีผลดีต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
2. ควรมีการประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินว่าญาติผู้ดูแลขาดความพร้อมในด้านใด แล้วจึงวางแผนการพยาบาลให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น เช่น การจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล จัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแล หรือให้คำปรึกษาในสถานพยาบาลและทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อม ความมั่นใจในการให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น
3. ควรจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลและกิจกรรมเพื่อลดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่ญาติผู้ดูแลเป็นอยู่

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างนอกเหนือจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยทำการศึกษาในแหล่งชุมชน อาจทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาจัดทำโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลหลัก ให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในขณะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

1LT. CHAYUTTRA SUTTHILAK 5736859 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VIRAPUN WIROJRATANA, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), WIMOLRAT PUWARAWUTTIPANIT, Ph.D.
(NEUROSCIENCE), LAKSANUN CHEEWAKRIENGKRAI, M.D.
(DIPLOMATE THAI BOARD IN NEUROLOGY)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

When considering the structure of the world population, it could be seen that the total number of the population aged 60 years and over is around 901 millions (United Nations, 2015). As for Thailand, the Institute for Population and Social Research, Mahidol University has reported that in 2016, the total number of elderly people in the country was 10,783,000, accounting for 16.5% of the total population of the country. Also, it has been estimated that the number will rise by approximately 20%, thus meaning that Thailand will have fully become the ageing society. This is because the longevity of the Thai people is increasing, and there are numerous medical and technological advancements that prolong people's life. Nevertheless, elderly people have to endure different deteriorations, particularly cognitive deterioration (Prasert Assantachai, B.E. 2556), and this leads to an increase in the number of elderly people with dementia. In 2015, the total number of patients with dementia was 46.8 millions all over the world, and it has been estimated that the number will rise to 131.5 millions in the year 2050 (Alzheimer's Disease International, 2015). A survey of health status of Thai elderly people in 2015 undertaken by the ministry of public

health has shown that there are more than 600,000 elderly people with dementia, and it is estimated that the number will continue to rise in accordance with the increase in the number of elderly people. Currently, the prevalence rate of dementia in elderly people aged 60 years is equal to 8.1% and over 80 years is equal to 22.6% (Vichai Ekpalakorn et al., B.E. 2557).

Dementia is a neurological abnormality which is commonly found in elderly people. It is characterized by three degenerative conditions—cognition, emotion or behavior, and ability to do activities of daily living (National Institute on Ageing, 2015). Thus, elderly people with dementia lose their memory and perceptions of date, time, and place (Janet et al., 2007). They also have personality changes, and some may lose the sense of directions, causing them to disappear from home and get lost (Robinson et al., 2006). Furthermore, elderly people with dementia may have repeated speech, or they express aggressive behaviors or disruptive behaviors (Ruth et al., 2006). Simply put, dementia results in disability in elderly people (WHO, 2003; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2006; Tas et al., 2007), leading to impaired functioning and inability to live independently. Consequently, elderly people with dementia require physical, psychological, social, and economic care from others, resulting in long-term dependence on others. In brief, dementia has numerous negative effects on the elderly people themselves, their family, and the country.

Dementia is considered a ‘family disease’ because it not only affects the patients but also has an impact on their caregivers and every member of the family. As soon as the patients are diagnosed with dementia, family members have to take a new role of ‘caregiver.’ This can cause a great deal of difficulty to family members, especially those who do not have knowledge or never undergo training on caregiving (Sansoni, Vellone, & Piras, 2004). They have to put in a lot of efforts and patience when dealing with the disease whose prognosis is worsening by day, causing the patients to lose the self-care ability due to gradual but permanent loss of cognitive functioning (Roongniran Praditsuwan, B.E. 2547). Elderly people with dementia may require 24-hour care per day, so caring for elderly people with dementia is considered a very heavy burden that can make family caregivers develop health problems in the end (Brodaty, 2009).

Caring for elderly people with dementia has an effect on caregivers. In terms of effects on physical health, it has been found that as many as 80.56% of caregivers of elderly people with dementia developed health problems such as back pain when they incorrectly moved the patients (Siranee Srihapark et al., B.E. 2556; Somsong Juraitassanee, B.E. 2557). In addition, psychological and emotional effects can occur when caregivers have to constantly provide care to patients (The National Institute on Ageing, 2015). In addition, when elderly people with dementia have more behavioral and emotional problems, caregivers can develop anxiety, suffering, and severe sadness which cause them to isolate themselves from society. Their perceived social support can also be decreased (Kiely, Prigerson, & Mitchell, 2008; Marwit & Meuser, 2005; Meuser, Marwit, & Sanders, 2004; Silverberg, 2008). Besides this, caregiving duty can cause stress, which has been found to be related to emotional responses and both physical and mental well-being (Pinquart & Sorensen, 2007). In fact, family caregivers may develop depressive symptoms (Schulz et al., 2003), anxiety (Cooper et al., 2007), and negative feelings (Brummett et al., 2006), depending on experience with care and problem-coping techniques. The elderly people with dementia may also be affected as caregivers' physical and psychological problems may reduce the quality of care, which, in turn, affects the quality of life of the patients. Besides this, caregiving burden may cause caregivers to develop aggressive behaviors toward the patients (Kim et al., 2009). Finally, caregiving duty has socioeconomic effects on caregivers. Having to fulfill caregiving duty may cause caregivers to change their work schedules and to lose their income. Some may eventually become indebted, and this can bring about conflicts in the family (Siripan Sasat et al., B.E. 2543).

A review of literature has shown that caring for elderly people with dementia has an effect on physical and mental well-being of caregivers. This is because dementia is incurable, and caregivers have to endure the prognosis of dementia, which, in turn, results in a heavy caregiving burden that can affect quality of life of both patients and their caregivers. For this reason, the researcher was interested in investigating the factors that could predict health status of caregivers of elderly people with dementia who require a high level of care in accordance with the prognosis of the disease. When caregivers have to provide close and constant care to

elderly people with dementia, they may develop stress and anxiety. Thus, preparation of the caregivers since admission and continue support to ensure understanding of the prognosis of the disease and management of signs and symptoms that result from changes caused by the disease should help reduce anxiety and promote confidence in caregiving ability so as to ensure provision of appropriate care that can enhance quality of life of both patients and their family caregivers.

An extensive review of literature has revealed that sufficient preparation for caregiving duty can help reduce role strain from direct care and maintain good mental health even though elderly people with dementia have a high level of demand for care. In Thailand, most of the studies have been conducted with caregivers of patients with cardiovascular disease, and the findings are still inconclusive. As for assistance from others and direct role strain from direct care, it has been documented that assistance from family members, which is considered social support, is related to perceived decline in caregiving burden with statistical significance. Moreover, it has been found that elderly people with dementia who have a high level of emotional and social support tend to have a low level of depression and a high level of life satisfaction. However, there are very few studies conducted to investigate amount of assistance from others and direct role strain from direct care in caregivers of elderly people with dementia. Therefore, it was anticipated the findings of the present study would shed more light on social support given to caregivers of elderly people with dementia to ensure positive care outcomes and higher quality of care, which are considered key success factors to help maintain good health status of both elderly people with dementia and their caregivers.

Research Objectives

1. To investigate health status of caregivers of elderly people with dementia
2. To determine predictive power of preparedness for care, amount of assistance from others, and role strain from direct care to predict health status of caregivers of elderly people with dementia

Research Hypothesis

Preparedness for care, amount of assistance from others, and role strain from direct care could predict health status of caregivers of elderly people with dementia.

Methodology

The present study was predictive research. The population consisted of caregivers of elderly people with dementia who were primary caregivers who took the patients to receive care and treatment at the Neurological Clinic, Outpatient Department, and the Elderly Clinic of Phramongkutklao Hospital. The study sample comprised family caregivers of elderly people with dementia who were at least 18 years old. If they were older than 60 years old, they had to be screened with the Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai) (2002). In addition, they were primary caregivers who had been providing direct care to the patients at home for at least three months consecutively and for no less than eight hours per day. They were able to communicate verbally and in writing in Thai, and they did not receive monetary reward or payment in exchange of their caregiving duty. Data were collected between November 2016 and February 2017. The sample size was determined using the G*Power Program with the confidence level (α) at 0.05 and the power of test at 0.80. The effect size of the study sample was adopted from the correlation coefficient of a previous study carried out by Warunee Plickbua (B.E. 2549). The correlation coefficient was equal to 0.320, with a total of three study variables. Thus, the sample size of the present study was equal to 100 subjects.

Instrumentation

The instruments used in this study consisted of five questionnaires as follows:

1. **The demographic characteristics questionnaire** was divided into two parts:

1.1 Elderly people with dementia: The questionnaire elicited data regarding demographic characteristics of elderly people with dementia including age, gender, marital status, educational background, living condition, diagnosis of dementia, duration of illness, and TMSE scores.

1.2 Caregivers: The questionnaire elicited data regarding demographic characteristics of caregivers of elderly people with dementia including age, gender, marital status, educational background, living condition, work status, family income, sufficiency of income, relationship with elderly people with dementia, duration of care of elderly people with dementia, care of elderly people with dementia with different symptoms, previous caregiving experience, care of other patients in the family, existing health problems, health problems after providing care to elderly people with dementia, assistance from other family members, and other resources.

2. The preparedness for care questionnaire was developed by Archbold and Stewart (1990) and was subsequently translated into the Thai language and revised to ensure suitability for the Thai context by Wirojratana (2002). It consisted of eight items, and skewness was used in the interpretation of scores. In the present study, the instrument was validated to ensure content validity using the Content Validity Index (CVI) (Polit & Beck, 2008). The CVI was equal to 1.00, and when it was tried out with 30 subjects whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study, Cronbach's alpha correlation coefficient was 0.827.

3. The amount of assistance from others questionnaire was developed by Archbold and Stewart (1990) and was subsequently translated into the Thai language and revised to ensure suitability for the Thai context by Wirojratana (2002). It consisted of ten items to elicit assistance received from others including relatives, friends, neighbors, healthcare staffs, etc. Skewness was used in the interpretation of scores. In the present study, the instrument was validated to ensure content validity using the Content Validity Index (CVI) (Polit & Beck, 2008). The CVI was equal to 1.00, and when it was tried out with 30 subjects whose characteristics were similar to

those of the subjects of the main study, Cronbach's alpha correlation coefficient was 0.821.

4. The role strain from direct care questionnaire was developed by Archbold and Stewart (1990) and was subsequently translated into the Thai language and revised to ensure suitability for the Thai context by Wirojratana (2002). It consisted of 91 items, and skewness was used in the interpretation of scores. In the present study, the instrument was validated to ensure content validity using the Content Validity Index (CVI) (Polit & Beck, 2008). The CVI was equal to 0.99, and when it was tried out with 30 subjects whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study, Cronbach's alpha correlation coefficient was 0.890.

5. The perceived health status SF-12 (Version 2) questionnaire developed by Quality Metric Incorporated in the United States of America (Ware et al., 2009). It was a self-administered instrument which was design to elicit data regarding health status in the past four weeks as perceived by the subjects, which could be divided into eight dimensions: physical functioning (items 2 and 3), role physical (items 4 and 5), bodily pain (item 8), general health (item 1), vitality (item 10), social functioning (item 12), role emotional (items 6 and 7), and mental health (items 9 and 11), totaling 12 items. In the present study, the instrument was validated to ensure content validity using the Content Validity Index (CVI) (Polit & Beck, 2008). The CVI was equal to 1.00, and when it was tried out with 30 subjects whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study, Cronbach's alpha correlation coefficient of the overall perceived health status, the perceived physical health status, and the perceived mental health status was 0.837, 0.764, and 0.881, respectively.

Data collection

To ensure adherence to the ethical codes of conduct, the research proposal was submitted to the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Nursing, Mahidol University, for approval, with the approval code IRB-NS2016/49.0407 dated August 8, 2016. Also, the research

proposal was submitted to the research subcommittee of the Army Medical Department and approved with the code Q023q/59 dated October 20, 2016. During data collection, the researcher asked for cooperation from the nurses working at the neurological clinic, outpatient department, and the elderly clinic, Phramongkutklao Hospital. The study sample was recruited based on the inclusion criteria previously set. The researcher collected data by herself, by approaching the prospective subjects to explain the research objectives, data collection procedures, and protection of the rights of human subjects. After the prospective subjects agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form. After that, the researcher explained how to fill out all five questionnaires, totaling 145 items. If the caregivers of elderly people with dementia were older than 60 years of age, they had to be screened with the Mini Mental State Examination-Thai (MMSE-Thai) (2002). Data collection lasted approximately 45-50 minutes. The research assistants looked after elderly people with dementia to ensure their safety while their caregivers were filling out the questionnaires. If the patients were called to see the doctor, the caregivers could immediately discontinue data collection, and the remaining questionnaire items would be completed later on when it was convenient for them. After data were collected from 100 subjects, they were analyzed using a computer package.

Data analysis

The data collected from the subjects were analyzed using a computer program. Descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze data regarding demographic characteristics of elderly people with dementia and their family caregivers, preparedness for care, amount of assistance from others, role strain from direct care, and health status. Furthermore, enter multiple regression analysis was employed to determine the predictive power of preparedness for care, amount of assistance from others, and role strain from direct care to predict health status of caregivers of elderly people with dementia.

Findings

1. Demographic characteristics of elderly people with dementia and their caregivers

Demographic characteristics of elderly people with dementia

Of the 100 subjects who were elderly people with dementia, 58% were female. The largest group consisted of those who were 80 years old and older. Their age ranged from 61 to 95 years old, with the mean age of 83.32 years old ($SD = 7.31$). Moreover, more than half, or 54%, were married, and more than one-third, or 36%, completed elementary education. Almost three quarters of the subjects, or 71%, lived with their children, and nearly two-thirds, or 63%, had been diagnosed with Alzheimer's disease, with 40% of the subjects having lived with their illness for 1 to 3 years.

Demographic characteristics of caregivers

Of the 100 caregivers of elderly people with dementia, most of them, or 85%, were female. They ranged in age from 26 to 82 years old, with more than half, or 49%, belonging to the 45-59 years old age group. Their mean age was 56.72 years old ($SD = 12.13$). Also, more than half, or 53%, were married. In terms of educational background, two-thirds of the subjects, or 66%, graduated with a Bachelor's degree or higher. When considering their caregiving duty, it could be seen that almost all of the caregivers, or 97%, lived with elderly people with dementia, and more than half, or 56%, did not work or were unemployed. A little more than one-fourth, or 26%, were retired, 82% had family income of 20,001 baht or higher per month, and 68% had sufficient income with savings. As for the caregivers' relationship with elderly people with dementia, 66% of the subjects were children of the elderly people with dementia, and the mean number of hours providing care to the elderly people with dementia was 17.17 hours per day ($SD = 7.120$), with 40% of them having become caregivers for one to three years. Furthermore, 38% of the caregivers had to provide care to the elderly people with dementia who suffered from memory loss, and almost all of them, or 91%, had never been caregivers of any other patients. Most of the caregivers, or 88%, did not take care of other family members in addition

to the elderly people with dementia, and nearly two-thirds of them, or 64%, had previous health problems before becoming caregivers, with 22% of them having hypertension. Besides this, more than half of them, or 54%, developed health problems after they had become caregivers. Finally, nearly all of them, or 93%, received assistance from other family members and other resources.

2. Preparedness for care, amount of assistance from others, role strain from direct care, and health status of caregivers or elderly people with dementia

2.1 Preparedness for care

The study findings revealed that the scores of preparedness for care of caregivers of elderly people with dementia ranged from 15 to 32 points out of the total score of 32 points (Mean = 23.38; SD = 3.85). The caregivers had a rather low level of preparedness for care (Skewness = 0.165).

2.2 Amount of assistance from others

According to the study findings, the scores of the amount of assistance from others of caregivers of elderly people with dementia ranged from 0 to 28 points out of the total score of 28 points (Mean = 10.88; SD = 5.79). The caregivers had a rather low level of amount of assistance from others (Skewness = 0.755).

2.3 Role strain from direct care

It was found that the scores of the role strain from direct care of caregivers of elderly people with dementia ranged from 0 to 126 points out of the total score of 364 points (Mean = 45.18; SD = 29.99). The caregivers had a rather low level of amount o role strain from direct care (Skewness = 0.233).

2.4 Health status

The findings revealed that the overall scores of health status of caregivers of older people with dementia ranged from 25 to 97.92 points out of the total score of 100 points, with the mean of 72.55 and SD of 16.14. Thus, the subjects' scores of health status were at a high level.

3. Relationship between preparedness for care, amount of assistance from others, and role strain from direct care and health status of caregivers or elderly people with dementia

The analysis of the relationships among the study variables showed that preparedness for care was positively related to health status with statistical significance at an average level ($r = 0.412$, $p < 0.05$). Also, role strain from direct care was negatively related to health status with statistical significance at an average level ($r = -0.444$, $p < 0.05$). However, the amount of assistance from others was not related to health status of caregivers of elderly people with dementia.

4. Predictive power of preparedness for care, amount of assistance from others, and role strain from direct care to predict health status of caregivers or elderly people with dementia

The analysis of the predictive power of the study variables indicated that preparedness for care and role strain from direct care could co-predict health status of caregivers of elderly people with dementia by 26% ($R^2 = 0.26$, $F = 17.027$, $p < 0.05$). Furthermore, role strain from direct care had the largest effect size on health status of caregivers of elderly people with dementia ($\beta = -.331$, $p < 0.05$) and preparedness for care could predict health status of caregivers of elderly people with dementia less than role strain from direct care ($\beta = 0.274$, $p < 0.05$).

Discussion of Findings

Part 1: Health status of caregivers of older people with dementia

The findings showed that the score of health status of caregivers of elderly people with dementia overall was at a good level (Mean = 72.55, SD = 16.14). The subjects, or 86%, had a good level of health status. The general health of caregivers were at a very good level 48%. Health status of caregiver including 8 dimensions were good (≥ 50 score) 86%. Health status were analyzed into physical and mental health of caregivers. The results showed that caregivers reported physical health at a very good

level 95% and caregivers reported mental health at a very good level 86%. This may have been because the subjects were in their middle to late adulthood, with 49%, ranging in age from 45 to 59 years old, with the mean age of 56.72 years old. This means that they had maturity and were able to understand knowledge and information based on their life experiences. In addition, two-thirds of the subjects, or 66%, held a Bachelor's degree, so their educational background enabled them to use logic and reasoning to solve problems and to search for beneficial resources. When individuals are educated, they are able to acquire more knowledge and information on self-care and to more accurately assess their own health status (Wimolrat Puwarawutpanich, B.E. 2537). Moreover, the scores of mental health problems (MCS) of the subjects were high. One plausible explanation is that most of the subjects of this study, or 85%, were female. They were responsible for household chores, childrearing, and care of older parents or sick family members. In the Thai society, it is believed that children have to pay back their parents by taking care of them, and such a good deed will make them have a good life (Siripan Sasat, B.E. 2551). Therefore, the caregivers in this study had a rather high level of mental health scores. Besides this, more than half of the subjects, or 53%, were married. Napaporn Rittheeverakul (B.E. 2548) has reported that when caregivers are married, they have their spouse, children, or grandchildren who listen to their problems and help them solve their problems, so they do not feel stressed or overwhelmed with caregiving burden from giving care to older people with dementia. As such, they are able to maintain good mental health status, thus a good quality of care provided to older people with dementia.

Part 2: Hypothesis Testing

Research hypothesis: Preparedness for care, amount of assistance from others, and role strain from direct care could predict health status of caregivers of elderly peoples with dementia

The study findings indicated that preparedness for care and direct role strain could predict health status of caregivers with statistical significance by 26%

($R^2 = 0.26$, $F = 17.027$, $p < 0.05$). Direct role strain had an effect size to predict health status of caregivers of elderly people dementia ($\beta = -0.331$, $p < 0.05$). Preparedness for care had an effect size to predict health status ($\beta = 0.274$, $p < 0.05$).

In brief, role strain from direct care had an effect on health status. Similar findings have been reported by Napaporn Rittheeverakul (B.E. 2548) who investigated the amount of care, role strain, communication problems, and rewards on health status of caregivers of older people with dementia based on the stress and coping theory. It was found that the caregivers had a rather low level of role strain, there was a negative relationship between role strain and health status of caregivers at a moderate level, and role strain could predict health status of caregivers by 22%. Likewise, Wiparat Navarat (B.E. 2545) examined the influence of a lack of resources, role strain, and caregiver factors that had an effect on health status of caregivers of stroke patients and found that the subjects had a low level of role strain and a moderate level of health status. Also, role strain was related to health status and could predict health status by 50% with statistical significance. In the present study, it was found that role strain had an effect on perceived health status. Such a finding lent support to previous studies. Caregivers who provided care to older people with dementia who had impaired cognition and memory problems had to constantly offer care and solve immediate problems. More than half of them, or 51%, spent 24 hours per day offering care, with the mean duration of 17.71 hours per day. This clearly means that the caregivers hardly had time to take care of themselves such as to eat proper meals, and this could cause stress and affect functioning of their immunity. More importantly, almost all of the caregivers, or 91%, did not have previous experience giving care to others. According to the theory of family care of Archbold and Stewart (1980), health status of individuals who have role strain caused by an additional role can be adversely affected.

Preparedness for care could predict perceived health status of caregiver of elderly people with dementia ($\beta = 0.274$, $p < 0.05$). This results could explain that if caregiver report higher preparedness for care, caregiver will have better health status. This findings consist with the study by Wang, Shyu, Tsai, Yang & Yao (2013), who studied the effects of working conditions and family relationship among patients with dementia. In the primary caregivers of 176 patients with dementia. Preparedness for

care could predict mental health status of caregiver of elderly people with statistical significance ($R^2_{\text{change}} = 4.8\%$, $P = 0.029$) and Yang, Huang, Kuo, Chen, & Hsu (2010) studied the predictive power of positive and negative caregiving experiences. Mutuality, preparedness of care and the balance of care with care needs of the primary caregivers of 176 dementia patients. The results revealed that caregivers who reported preparedness for care were significantly more likely to have better mental health ($R^2 = 2.2\%$, $p < 0.05$). The results are congruence with The Family Care Model. This theory state that preparedness for care will affect the health status of caregivers (Archbold & Stewart, 1980; Wirojratana, 2002).

Amount of assistance form others was not related to health status of caregivers of older people with dementia with statistical significance at 0.05. The analysis of the predictive power of the study variables suggested that the amount of assistance from others could not predict health status of caregivers of older people with dementia. Such findings did not yield support to the findings of Wiparat Navarat (B.E. 2545) who investigated the influence of a lack of resources, role strain, and caregiver factors on health status of caregivers of patients with stroke and found that a lack of resources was related to health status and could predict health status by 50% with statistical significance. In this study, the amount of assistance from others did not have any influence on health status of caregivers of older people with dementia probably because the assistance received from others such as relatives, neighbors, and healthcare personnel only relieved caregivers' burden of caregiving activities temporarily and occasionally when, in fact, the caregivers needed emotional and mental care as well. Furthermore, the instrument used to assess the amount of assistance from others as part of available resources or social support of caregivers may not have covered other types of support that had a direct influence on overall health status of caregivers, so the study findings were not in congruence with the theory of family care.

Limitation of the Study

The present study was a cross-sectional study conducted at a tertiary hospital, Phramongkutkloa Hospital, so the study findings may not be generalized to explain the phenomena that occur to caregivers of elderly people with dementia on the overall.

Recommendations and Implications of Findings

For nursing practices

1. Nurses should assess caregivers' role strain from direct care and collaborate with other multidisciplinary team members to devise an appropriate and comprehensive plan to reduce role strain from direct care that can adversely affect health status of caregivers of elderly people with dementia.

2. Nurses should assess preparedness for care of caregivers of elderly people with dementia as the study findings have revealed that caregivers had a low level of preparedness for care. To explain further, nurses should assess for which aspect of care that the caregivers lack preparedness so that they could more specifically devise a nursing care plan to help promote their preparedness such as by organizing knowledge dissemination sessions, arranging support group activities, and offering telephone consultancy so as to increase caregivers' confidence and preparedness for care.

3. Nurses should organize activities to prepare caregivers and reduce role strain from direct care of caregivers of elderly people with dementia to minimize the negative effects and complications of health problems or chronic conditions the caregivers may already have, hence promotion of caregivers' health status.

For nursing research

1. Research should be undertaken with other groups of caregivers of elderly people with dementia such as those seeking medical treatment at other types of healthcare settings or those living in the community to better understand and more effectively serve the needs of these caregivers.

2. A caregiver support program should be developed to promote health status of caregivers of elderly people with dementia to maintain their physical and mental health status while bearing the burden of providing care to elderly people with dementia.

รายการอ้างอิง

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2553). Dementia and Alzheimer's disease. ใน ญัฐ พสุธารชาติ (บรรณาธิการ), อรุมา ชูติเนตร และ นิจรี ชาญณรงค์, *Basic and Clinical Neuroscience 1*. (หน้า 310-321). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2553). Alzheimer's disease with Cerebrovascular disease. ใน ญัฐ พสุธารชาติ (บรรณาธิการ), สุริดา บุญยะไวโรจน์ และ นิจรี ชาญณรงค์, *Basic and Clinical Neuroscience 2*. (หน้า 30-38). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. (หน้า 1-46). กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์ และคณะ. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 7, 93-104.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *การสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543/คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น [ฉบับภาษาไทย] พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- คนองนิช ไชยวุฒิ. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- จิริรัตน์ กอผจญ. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และปัจจัยด้าน ผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- นภาพร ฤทธิวีรกุล. (2548). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

- นาริรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสาวิตรี พยานศิลป์. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2553). ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติ
ผู้ดูแล: กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ในภาคตะวันออก ของประเทศไทย.
Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14(4), 297-314.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษบา คำสวน. (2554). ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของ
การเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัด อำเภอนองม่วง ไข่ จังหวัดแพร่
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, ประเทศไทย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และ ยุวดี ภาษา. (2556). สถิติ สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล : การใช้
โปรแกรม SPSS for Windows. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- ปิติพร สิริทิพากร. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล.
วารสารพยาบาล, 63(4), 12-19.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารรามคำแหงพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.
- เรวดี สุวรรณนพเก้า และรศรินทร์ เกรย์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังประชากร
กาญจนบุรี. *วารสารประชากร*, 2, 33-54.
- วนรัตน์ สิงไส. (2555). การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลมหาราช
นครเชียงใหม่(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่, ประเทศไทย.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5
พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2553). ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 20 การบันทึกทางการพยาบาล
เพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ: การประเมินและบันทึกการพยาบาลของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิ่ววรรณ อุนาภิรักษ์, และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2545). *ประชุมประจำปี พ.ศ. 2545 สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภารัตน์ นาวรัตน์. (2545). *การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประ โยชน์ ความเครียดจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม ทันทมงคลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2556). ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบัรบือ จังหวัด นครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(1), 42-54.
- สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด และความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 4(1), 75-92.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2559 (1 กรกฎาคม). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*. 25.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย สาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวินิชชากร และคณะ. (2556). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยมหิดล ปีงบประมาณ 2555. โดยความร่วมมือระหว่าง 7 คณะ/สถาบันของ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2558). แพทย์ห่วงสูงวัยเสี่ยงอัลไซเมอร์.]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2559. จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=76035
- สมทรง จุไรทัศนีย์. (2557). ถอดบทเรียนการจัดกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 5-11.

สมฤดี ลิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

เสาวลักษณ์ ดุรงคราวิ, ยศ ศิระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว และคณะ. ในการประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ยากด cholinesterase inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 22 กันยายน 2552.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนาวิชัย และธนิศานต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. *วารสารพญาวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 13-24.

ศิริณี ศรีหาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2556). ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. [เว็บไซต์]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2559.
จาก <http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535>

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2551). รายงานการวิเคราะห์เอกสารเบื้องต้น เรื่องความต้องการการบริการผู้ดูแล. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการการพยาบาล สภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อรรณณ ศิลปะกิจ. (2556). บทความฟื้นฟูวิชาการ: การคัดกรองโรคสมองเสื่อม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 34-47.

อารีย์ แสงรัสมิ. (2546). *ความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

อภิญา บุญเพ็ง. (2557). *ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

Alzheimer's Disease International. (2015). Statistics. Retrieved July 27, 2015, from <http://www.alzheimers.net/resources/alzheimers-statistics/>

Alzheimer's Association. (2012). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2012, 8(2), 131-168.

- Alzheimer's Association. (2015). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2015, 11(3), 1-83.
- Anand, R., Gill, K. D., & Mahdi, A. A. (2014). Therapeutics of Alzheimer's disease: past, present and future. *Neuropharmacology*, 76(Part A), 27-50.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R. & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.
- Archbold, P. G. (1991). An interdisciplinary approach to family caregiving research. *Communicating Nursing Research*, 24, 27-42.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., Buren, L. V., et al. (1995). The PREP system of using intervention: A pilot test with families caring for older members. *Research in Nursing & Health*, 18, 3-16.
- Boise, L., Congleton, L., & Shonnon, K. (2005). Empowering family caregivers: The powerful tools for caregiving program. *Educational Gerontological*, 31(7), 573-586.
- Bruce, B. D., & et al. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregiver. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 60a(30), 345-349.
- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.
- Choo, W.-Y., Low, W.-Y., Karina, R., Poi, P.J.H., Ebenezer, E., & Prince, M.J. (2003). Social Support and Burden among Caregivers of Patients with Dementia in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 15(1), 23-29.
- Collins, L. G., & Swartz K. (2011). Caregiver care. *American Family Physician*, 83(11), 1309-1317.
- Corcoran, M. A. (2011). Caregiving styles: A cognitive and behavioral typology associated with dementia family caregiving. *The Gerontologist*, 51, 463-472. doi: 10.1093/geront/gnr002
- Dementia. (2015). Definition. Retrieved July 27, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Durme, T.V., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 490-504.

- 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), 423-8.
- Glozman, J. M. (2004). Quality of life of caregivers. *Neuropsychology Review*, 14(4), 183–196. doi: 10.1007/s11065-004-8158-5
- Heikkinen, E. (2003). What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. Retrieved July 10, 2015, from; <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>, accessed 29 September 2003).
- Heinz, M. S. (2010). *Dementia caregiving characteristics, elder impairment, and caregiver strain and burden* (Doctoral dissertations), Iowa State University, Iowa, The United States of America.
- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2009). *Social gerontology a multidisciplinary perspective* (8th ed.), Boston: Pearson.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Huang, H. L., Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., Huang, C. C., Kuo, H. C., Chen, S. T., & Hsu, W. C. (2015). Family caregivers' role implementation at different stages of dementia. *Dove Press journal: Clinical Interventions in Aging*, 10, 135–146.
- Janevic, M. R., Connell, C. M. (2001). Racial, ethnic and cultural differences in the Dementia caregiving experience: recent findings. *Gerontologist*, 41(3), 334-47.
- Kearney, F. C., Harwood, R. H., Gladman, J. R., Lincoln N., & Masud, T. (2013). The Relationship between Executive Function and falls and gait abnormalities in older adults: A systematic review. *Dementia Geriatric Cognitive Disorder*, 36(1-2), 20-35.
- Kiely, D. K., Prigerson, H., Mitchell, S. L. (2008). Health care proxy grief symptoms before the death of nursing home residents with advanced dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(8), 664–673. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181784143.
- Kim, M. -D., Hong, S. -C., Lee, C. -I., Kim, S. -Y., Kang, I. -O., & Lee, S. -Y. (2009). Caregiver burden among caregivers of Korean with dementia. *Gerontology*, 55(1), 106-113.
- Kuzu, N., & et al. (2010). Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatric Nursing*, 28(6): 378-86.

- Littlejohns, T. J., Henley, W. E., Lang, I. A., Annweiler, C., Beauchet, O., Chaves, P. H. M., & Llewellyn, D. J. (2014). Vitamin D and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Neurology*, 83(10), 920-928.
- Liu, H. -Y., Wang, Y. -N., Huang, H. -L., Hsu, W. -C., Lin, Y. -E., Huang, T. -H., & Shyu, Y.-I. L. (2014). Psychometric properties of the finding a balance scale for family caregivers of elders with dementia in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 37(4), 336-346.
- Llanque, S., Savage, L., Rosenberg, N., Honor's, B., & Caserta, M. (2014). Concept analysis: Alzheimer's caregiver stress. *Nursing Forum*, 10.1111/nuf.12090. Advance online publication. <http://doi.org/10.1111/nuf.12090>
- Lubkin, I. M., Larsen, P. D. (2006). *Chronic Illness: Impact and Intervention*. USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Marwit, S. J., & Meuser, T. M., (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29, 191-205.
- Maruish, M. E. (Ed.). (2012). *User's manual for the SF-12v2 Health Survey* (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Ho, J., Flynn, L. M., Tiznado, D., von Känel, R., ... & Grant, I. (2014). Why does placement of persons with Alzheimer's Disease into long-term care improve caregivers' well-being: Examination of psychological mediators. *Psychology and Aging*, 29(4), 776-786.
- May-Lui, H. L., Lee, D. T. F., Greenwood, N., & Ross, F. M. (2011). Informal stroke caregivers' self-appraised problem solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 232-42.
- Murray, A. (2014). The effect of dementia on patients, informal carers and nurses. *Nursing older people*, 26(5), 27-31.
- O'Connor, E. D., & McCabe, M. P. (2010). Predictors of quality of life in carers for people with progressive neurological illness: A longitudinal study. *Quality Life Research*, 20, 703-711.

- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177–185.
- Pattanayak, R. D., Jena, R., Tripathi, M., & Khandelwal, S. K. (2010). Assessment of burden in caregivers of Alzheimer's disease from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(3), 112-116
- Plassman, B. L., Havlik, R. J., Steffens, D. C., Helms, M. J., Newman, T. N., Drosdick, D. & et al. (2000). Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology*, 55(8):1158–66.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 62(2), P126-P137. doi: 10.1093/geronb/62.2.P126
- Richardson, T. J., Lee, S. J., Berg-Weger, M., & Grossberg, G. T. (2013). Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 1-7.
- Rose, K., Lopez, R., (2012) Transitions in Dementia care: Theoretical support for nursing roles. *The Online Journal of Issues in Nursing*, (17)2, Manuscript 4.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66, 191–200. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.02.009
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing Research*, 56(6), 425–433.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), p.49-56.
- Schwartzkopf, C. E. (2010). Nursing management of Dementia. In K. L. Mauk (Ed.), *Gerontological nursing competencies for care* (2ed., pp. 530-557): Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Shiouh-Chu, S., Hengh-Sin, T., & Shu-Yuan, L. (2012). Social support as influencing primary

- family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal Nursing Scholar*, 44(3), 223-31.
- Shyu, Y.-I. L. (2000). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 35–43. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01262.x
- Shyu, Y.-I. L. (2002). A conceptual framework for understanding the process of family caregiving to frail elders in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 25, 111–121. doi: 10.1002/nur.10027
- Shyu, Y.-I. L., Archbold, P. G., & Imle, M. (1998). Finding a balance point: A process central to understanding family caregiving in Taiwanese families. *Research in Nursing & Health*, 21, 261–270. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3<261:AID-NUR9>3.0.CO;2-F
- Shyu, Y.-I. L., Yang, C.-T., Huang, C.-C., Kuo, H.-C., Chen, S.-T., & Hsu, W.-C. (2010). Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. *Journal of Nursing Research*, 18, 155–163. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181ed5845
- Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P., & Chen, H. (2013). Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: Prevalence and associated factors. *Ageing International*. : doi: 10.1007/s12126-013-9190-7
- Spiers, N. A., Matthews, R. J., Jagger, C., Matthews, F. E., Boult, C., Robinson, T. G., & Brayne, C. (2005). Diseases and impairments as risk factors for onset of disability in the older population in England and Wales: Findings from the medical research council cognitive function and ageing study. *Journal Gerontology a Biological Medical Sciences*, 60(2), 248-254.
- Stewart, A., Weiner, W. (2008). *Parkinson's disease diagnosis and clinical management*. USA: Demos Medical Publishing.
- Tas, U., Verhagen A. P., Bierma-Zeinstra M. A., Hofman A., Odding E., Pols H. A., & Koes B.W. (2006). Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam study. *Preventive Medicine*, 44(3), 272-278.
- Tas, U., Verhagen A. P., Bierma-Zeinstra M. A., Odding E., & Koes B.W. (2007). Prognostic factors of disability in older people: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 32(4), 319-323.
- The National Institute of Neurological Disorders and Stroke & the National Institute on Aging. (2013). *The Dementias Hope Through Research*. United States of America: NIH Publication.

- The National Institute on Aging. (2015). Alzheimer's Disease Fact Sheet. United States of America: NIH Publication No. 15-6423.
- The National Institute on Aging. (2015). Understanding Alzheimer's Disease. United States of America: NIH Publication.
- Tremont, G. (2011). Family Caregiving in Dementia. *Medical Health Research International*, 94(2), 36–38.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. New York: United Nations.
- Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abidin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., ... & Subramaniam, M. (2016). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(2), 221–231. Retrieved from <http://doi.org/10.1017/S104161021500160X>
- Valente, L. E., Truzzi, A., Souza, W. F., Alves, G. S., Alves, C. E. d. O., Sudo, F. K., ... & Laks, J. (2011). Health self-perception by dementia family caregivers Sociodemographic and clinical factors. *Arq Neuropsiquiatr*, 69(5), 739-744.
- Varela, G., Varona, L., Anderson, K., & Sansoni, J. (2011). Alzheimer's Care at Home: A focus on caregivers strain. *Professioni Infermieristiche*, 64(2), 113–117.
- Vellone, E., Piras, G., Venturini, G., Alvaro, R., & Cohen, M. (2012). The experience quality of life for caregivers of persons with Alzheimer's disease living in Sardinia, Italy. *Italy Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 46-55.
- Wang, Y. - N., Shyu, Y. - I. L., Tsai, W. - C., Yang, P. -S. & Yao, G. (2013). Exploring conflict between caregiving and work for caregivers of elders with dementia: A cross-sectional, correlational study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1051–1062.
- Warchol-Biedermann, K., Mojs, E., Gregersen, R., Maibom, K., Jose' C. Milla'n-Calenti, & Maseda, A. (2014). What causes grief in dementia caregivers?. *Gerontology and Geriatrics*, 59, 462–467.
- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory*. (Unpublished doctoral dissertation). Oregon Health & Science University, Portland, Oregon, The United States of America.

- Yang, C.-T., Liu, H.-Y., & Shyu, Y.-I. L. (2014). Dyadic relational resources and role strain in family caregivers of persons living with dementia at home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 593–602.
- Yeon-Hwan, P. (2007). Day health care services for caregivers of older people with stroke; needs and satisfy. *Journal Advanced in Nursing*, 61(6), 619-630.
- Zacharopoulou, G., Zacharopoulou, V., & Lazakidou, A. (2015). Quality of life for caregivers of elderly patients with Dementia and measurement tools: A review. *International Journal Of Health Research and Innovation*, 3(1), 49-64.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. อาจารย์ ดร. ภาศิญา อ่อนดี
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวสุทิสรา เรืองรัมย์
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล
3. แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น
4. แบบสอบถามความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง
5. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)

เครื่องมือที่ใช้ในการการคัดกรองญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล

1. อายุ..... ปี
2. เพศ [1] ชาย [2] หญิง
3. สถานภาพสมรส [1] โสด [2] คู่
[3] หม้าย [4] หย่า หรือ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา [1] ไม่ได้เรียนหนังสือ [2] ประถมศึกษา
[3] มัธยมศึกษา [4] ปวช./ ปวส. / อนุปริญญา
[5]ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี [6] อื่นๆ ระบุ.....
5. ขณะนี้ท่านพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม [1] ใช่ [2] ไม่ใช่
6. ขณะนี้ท่านทำงานหรือไม่
[1] ทำ อาชีพ (ระบุ) [2] ไม่ได้ทำ
[1] ทำเป็นบางวัน [1] ว่างาน [2] เกษียณ [3] กำลังหางานทำ
[2] ทำเป็นงานประจำ [4] หยุดทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย [5] อื่นๆระบุ
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน [1] ไม่มีรายได้ [2] ไม่เกิน 5,000 บาท
[3] 5,001-10,000 บาท [4] 10,001-15,000 บาท
[5] 15,001-20,000 บาท [6] 20,001 บาทขึ้นไป
8. ความเพียงพอของรายได้ [1] ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน [2] ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
[3] เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ [4] เพียงพอและเหลือเก็บ
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย [1] สามี/ภรรยา [2] บุตรสาว/บุตรชาย
[3] ลูกสะใภ้/ลูกเขย [4] ญาติ
[5] พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน
[6] เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน
10. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ชั่วโมง/วัน นาน ปี.....เดือน
11. ท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการดังต่อไปนี้ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[1] มีอาการหลงลืม [2] ไม่อยู่นิ่ง วุ่นวาย ก้าวร้าว [3] บกพร่องในการใช้ภาษา
[4] ได้ยินเสียงแว่ว [5] หลงผิด เห็นภาพหลอน [6] บกพร่องในด้านการตัดสินใจ
[7] เดินไปอย่างไร้จุดหมาย [8] พุด/ทำพฤติกรรมซ้ำๆ [9] แสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม
[10] เฉยเมย ไร้อารมณ์ [11] มีอาการสั่นกระตุก [12] อื่นๆ ระบุ
12. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น [1] ไม่มี [2] มี นาน ปี.....เดือน

13. นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ขณะนี้ท่านได้ดูแลผู้ป่วยอื่นในบ้าน

[1] ไม่มี [2] มี ระบุ นาน ปี.....เดือน

14. ปัญหาสุขภาพเดิมก่อนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

[1] ไม่มี [2] มี

[1] โรคความดันโลหิตสูง [2] โรคเบาหวาน [3] ไขมันในเส้นเลือดสูง

[4] โรคหัวใจ [5] โรคหอบหืด [6] อื่นๆ ระบุ.....

15. ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

[1] ไม่มี [2] มี ระบุ

16. ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆของครอบครัว และแหล่งประโยชน์อื่นๆ

[1] ไม่มี [2] มี ระบุ

เอกสารหมายเลข 2

แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการวัดความพร้อมในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลแต่ละคนมีความพร้อมในการดูแลด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อทราบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมมากน้อยเพียงใดในช่วงที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ท่านมีความเป็นห่วงเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่เลย	น้อย ครั้ง	บ้าง บางครั้ง	มาก	มากที่สุด
1.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
2.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
3.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารและจัดหาบริการการดูแลให้กับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
4.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวท่านเองและผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
6.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					
7.	ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด					
8.	โดยรวม ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด					

เอกสารหมายเลข 3

แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ท่านได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ที่ช่วยเหลือท่านในการทำกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ○ บนตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ	การได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
1. ญาติที่น้องให้การดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด	7. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือคนรับจ้างดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด
ไม่เลย..... 0 (ไปตอบ ข้อ 4)	ไม่เลย..... 0 (ไปตอบ ข้อ 10)
น้อยครั้ง..... 1	น้อยครั้ง..... 1
บางครั้ง..... 2	บางครั้ง..... 2
มาก..... 3	มาก..... 3
มากที่สุด..... 4	มากที่สุด..... 4
2. ญาติที่น้องที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ..... คน	8. เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพหรือคนรับจ้างดูแล..... คน
3. ท่านพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติที่น้อง	9. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านี้
มากน้อยเพียงใด	มากน้อยเพียงใด
พึงพอใจมาก..... 4	พึงพอใจมาก..... 4
พึงพอใจค่อนข้างมาก..... 3	พึงพอใจค่อนข้างมาก..... 3
พึงพอใจปานกลาง..... 2	พึงพอใจปานกลาง..... 2
ค่อนข้างไม่พึงพอใจ..... 1	ค่อนข้างไม่พึงพอใจ..... 1
ไม่พึงพอใจมาก..... 0	ไม่พึงพอใจมาก..... 0
<u>การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน</u>	<u>ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น</u>
4. เพื่อนและเพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด	10. คนที่ท่านคิดว่าควรมาช่วยท่านดูแลผู้สูงอายุให้มากกว่านี้
ไม่เลย..... 0 (ไปตอบ ข้อ 7)	แต่ไม่ได้ช่วยท่านดูแลผู้สูงอายุมีหรือไม่
น้อยครั้ง..... 1	ไม่มี..... 0
บางครั้ง..... 2	มี..... 1 <u>ระบุ</u>
มาก..... 3	
มากที่สุด..... 4	
5. เพื่อนและเพื่อนบ้านที่ให้ความช่วยเหลือ..... คน	
6. ท่านพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนหรือ	10ก หากท่านตอบว่ามี, ท่านรู้สึกเสียใจเพียงใดที่ผู้อื่นไม่ได้
เพื่อนบ้านมากน้อยเพียงใด	ให้ความช่วยเหลือตามที่ท่านคาดหวังไว้
พึงพอใจมาก..... 4	ไม่เสียใจเลย..... 0
พึงพอใจค่อนข้างมาก..... 3	เสียใจเล็กน้อย..... 1
พึงพอใจปานกลาง..... 2	เสียใจปานกลาง..... 2
ค่อนข้างไม่พึงพอใจ..... 1	เสียใจมาก..... 3
ไม่พึงพอใจมาก..... 0	เสียใจมากที่สุด..... 4

เอกสารหมายเลข 4

แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง

คำชี้แจง ผู้วิจัยต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลบางท่านอาจไม่มีปัญหา แต่บางท่านมีความยากลำบากในการดูแลทั้งด้านร่างกาย และอารมณ์ ข้อคำถามข้างล่างนี้จะเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือที่ท่านให้กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยต้องการทราบว่าท่านได้ให้การดูแลผู้สูงอายุใน สิ่งเหล่านี้หรือไม่

ในแต่ละข้อคำถาม ขอให้ตอบ **ไม่** ถ้าท่านไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในสิ่งนั้น หรือ ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเหล่านั้นเลย

ขอให้ตอบ **ใช่** ถ้าท่านได้ให้ความช่วยเหลือในสิ่งนั้น และ กรุณาบอกถึง ความยากลำบากในการช่วยเหลือ โดยผู้วิจัย มีคำตอบให้ เลือกรับ 5 ระดับ คือ

- | | | |
|---|---------|--------------|
| 4 | หมายถึง | ยากมากที่สุด |
| 3 | หมายถึง | ยากมาก |
| 2 | หมายถึง | ยากปานกลาง |
| 1 | หมายถึง | ไม่ค่อยยาก |
| 0 | หมายถึง | ไม่ยากเลย |

โดยให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ท่านได้ช่วยผู้ป่วย ทำสิ่งดังต่อไปนี้....	ไม่	ใช่	ถ้า ใช่, ท่านมีความยากลำบากในการทำ สิ่งดังต่อไปนี้มากน้อยเพียงไร				
				ยาก มากที่สุด	ยาก มาก	ยาก ปานกลาง	ไม่ ค่อยยาก	ไม่ ยากเลย
1.	ท่านไปจ่ายตลาดซื้อของใช้หรือทำธุระ ให้ผู้ป่วยหรือไม่	ไม่	ใช่					
2.	ท่านต้องช่วยผู้สูงอายุในการเดินภายใน บ้าน เช่น จูงแขน หรือนำที่หัดเดินมาให้ ผู้ป่วยหรือไม่	ไม่	ใช่					
3.	ท่านต้องช่วยผู้ป่วยออกเดินรอบๆนอกบ้าน หรือไม่	ไม่	ใช่					
4.	ท่านต้องคอยดู ให้อยู่ในสายตาเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยหรือไม่	ไม่	ใช่					
5.	ท่านช่วยผู้ป่วยในการรับประทานยา หรือฉีดยาหรือไม่	ไม่	ใช่					
6.		ไม่	ใช่					
7.		ไม่	ใช่					
8.		ไม่	ใช่					
90.	ท่านเคยเสาะแสวงหาแหล่งรักษาอื่นๆ เช่น ยาจีน, สมุนไพร, นวดแผนโบราณ, หรือน้ำมันดี เพื่อบรรเทาปัญหาทาง สุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่	ไม่	ใช่					
91.	ท่านได้ช่วยเหลือผู้ป่วย นอกเหนือจาก กิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นหรือไม่ กรุณา เล่าให้ผู้วิจัยทราบ ก) _____ ข) _____ ค) _____	ไม่	ใช่					

เอกสารหมายเลข 5

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2)

คำชี้แจง โปรดเลือกตัวเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่แสดงถึงภาวะทางสุขภาพของท่าน ที่ตรงตามความรู้สึกนึกคิดของท่านอย่างมากที่สุดคำตอบของท่าน ไม่มีผิดหรือถูก และเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด

1. โดยทั่วไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร?

- ดีเยี่ยม (1)
- ดีมาก (2)
- ดี (3)
- ปานกลาง (4)
- ไม่ดี (5)

เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวัน

ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ ถ้าใช่ มากน้อยแค่ไหน

2. กิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลาง เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาดกวาดเช็ดบ้าน หรือ หิ้วของ กลับจากตลาด

- ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)
- ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)
- ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

3. การเดินขึ้นบันไดขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน

- ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1)
- ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2)
- ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

.....

12. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์ เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน หรือญาติสนิท เป็นต้น

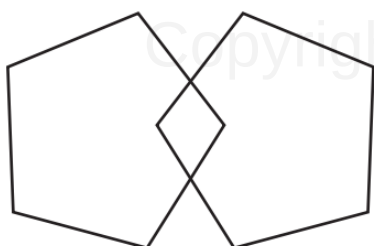
- ตลอดเวลา (1)
- เกือบตลอดเวลา (2)
- บางครั้ง (3)
- นานๆ ครั้ง (4)
- ไม่เลย (5)

เอกสารหมายเลข 6

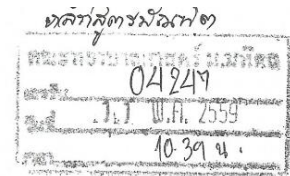
แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002

Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002)

- | 1. Orientation for time (5 คะแนน) | บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) | คะแนน |
|---|---|--------------------------|
| (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) | | |
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร | | ☐ |
| 1.2 วันนี้วันอะไร | | ☐ |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร | | ☐ |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร | | ☐ |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร | | ☐ |
| 2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) | | |
| 2.1 กรณียุทธสถานพยาบาล | | |
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร | | ☐ |
| 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร | | ☐ |
| 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร | | ☐ |
| 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | | ☐ |
| 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร | | ☐ |
| 3. Registraion (3 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ | | |
| 4. Attention/Calculation (5 คะแนน) | | |
| 5. Recall (3 คะแนน) | | |
| 10. Writing (1 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค | | |
| ○ ประโยคมีความหมาย | | ☐ |
| 11. Visuoconstruction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง | | |
| “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” | | ☐ |
| (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง) | | |



ภาคผนวก ก



หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวิ้งหลัง บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๕๒-๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๕๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๑๕๕
วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย ร้อยตรีหญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์ รหัสนักศึกษา ๕๗๓๖๘๕๙ NSGN/M นักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
มีความประสงค์จะทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก ในการนี้นักศึกษามีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามความพร้อม
ในการดูแล แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความเครียด
จากการดูแลโดยตรง ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง
ของเครื่องมือวิจัยเรื่อง “DEVELOPMENT OF THE THAI FAMILY CARE INVENTORY” ปี ๒๐๐๒ เพื่อใช้
ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามดังกล่าว จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดี

☒ เพื่อโปรดอนุญาต

☐ สำเนาเรื่อง เรียน.....

☒ เรื่องส่ง หลักสูตรมหิดล

ก.วิเศษ น.๒๑

(รองศาสตราจารย์ศิริวรรณ สันหัด)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและทรัพยากรบุคคล

ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อนุญาต

ดร.วิเศษ น.๒๑

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิเศษ น.๒๑ สิริธรรม)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

11 พ.ค. 2559

11 พ.ค. 2559

เรื่องส่ง ☐ สารบรรณตอบ/เก็บ ☒ คืนเจ้าของเรื่อง หลักสูตรมหิดล

สำเนา - ภาควิชา.....และอาจารย์.....
- งาน.....
13 พค. ๕๙



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM036201

Licensee Name: Chayuttra Sutthilak, c/o Mahidol University

Licensee Address: 999 Phuttamonthon Sai4 Road, Salaya District, Nakhon Pathom Province 73170 Thailand

Approved Purpose: FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded

Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 24 Albion Road, Building 400, Lincoln, RI 02865 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

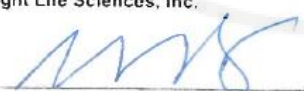
B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

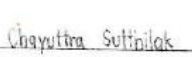
Chayuttra Sutthilak

Signature: 

Name: **Martha Bayliss**

Title: **VP Operations**

Date: **18 August 2016**

Signature: 

Name: **Chayuttra Sutthilak**

Title: **Master student**

Date: **17 August 2016**

APPENDIX B



LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Mahidol University
Chayuttra Suthilak
BANGKOK

License Number: QM036201

Amendment to: N/A

Study Term: 08/01/16 to 08/01/17

Approved Purpose
FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON
CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEM

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
PROJ01	License Fee	Paper	1
ADMINS	Administrations		200
ES0170	SF-12v2, Standard Recall	Paper	1
Approved Languages: France (French) Thailand (Thai)			
SS100	Scoring Software v5		1
SS107	SS v5 Key: SF-12v2		200
EM126	SF-12v2 User's Manual 3rd Ed.		1

Approved Languages:
United States (English)

TOTAL FEES: 0.00 USD

ภาคผนวก ง

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 5 ตุลาคม 2559

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

APPROVED 20 OCT 2016

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
วันที่ชี้แจง	
ชื่อผู้วิจัย/ผู้ร่วมวิจัย	ร.ต.หญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์, ผศ.ดร.วิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์, รศ.ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินานิช, พ.ท.หญิง พญ.ลักขณันท์ ชีวะเกรียงไกร
สถานที่ทำงานของผู้วิจัย	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เลขที่ 317/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
ผู้ให้ทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับของแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาอำนาจ

Copyright by Mahidol University

RF 09_2555

Information sheet Version 2 Date 5 ตุลาคม 2559

การทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง
ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้ **APPROVED 20 OCT 2016**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะท่านเป็นญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หากญาติผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องผ่านการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไปสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา หน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน โดยให้การดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่อง ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ และได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

สถานที่ทำวิจัยคือ ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 100 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยคือ การเก็บข้อมูลครั้งแรก เป็นการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ใช้เวลาประมาณ 45-50 นาที โดยจะแบ่งเวลาให้ทำแบบสอบถาม 20 นาที พัก 10 นาที และทำต่ออีก 20 นาที หรือท่านสามารถพักจนกว่าอาการเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถามจะหมดไป เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์ จะไม่มีการนัดในครั้งต่อไป

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยขอให้ท่านทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อใหญ่ หากท่านผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัย หากท่านได้คะแนนไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะส่งต่อท่านให้พยาบาลเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลต่อไป โดยเมื่อท่านยินยติลงนามยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด จำนวน 145 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง จำนวน 9 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ SF-12 (version 2) จำนวน 12 ข้อ โดยให้ท่านเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

Information sheet

Version 2 Date 5 ตุลาคม 2559

RF 09_2555

ด้วยตนเอง หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-50 นาที โดยจะแบ่งเวลาให้ท่านทำแบบสอบถาม 20 นาที พัก 10 นาที และทำต่ออีก 20 นาที และมีผู้ช่วยผู้วิจัย ช่วยดูแลความเรียบร้อย ความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลให้ความยินยอมในการเข้าร่วมทำแบบสอบถามการวิจัย และเป็นผู้แจ้งแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์ หากท่านไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบตามความรู้ความเข้าใจ ผู้วิจัยจะบันทึกสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบในแบบสอบถาม

ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

งานวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ถ้าหากในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัดขณะที่ตอบแบบสอบถาม หรืออาจจะไม่ตอบข้อคำถามใดที่รู้สึกว่าไม่อยากให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักและพูดคุยระบายความรู้สึกกับผู้วิจัยได้ จนกว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะสบายใจขึ้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการหน้ามืดวิงเวียน เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือมีความเครียด ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พัก และประเมินการหายใจ จิบซีฟเจอร์ และวัดความดันโลหิต จนผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการดีขึ้น และสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัยต่อจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยอาการไม่ดีขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามหรือตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ทันที และผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลผู้ดูแลทราบ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาต่อไป ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันที และจะยุติการเข้าร่วมวิจัยทันที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ในการทำวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทราบถึงลักษณะของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล การจัดทำโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแล เพื่อให้บริการสุขภาพกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทน

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

RF 09_2555

APPROVED 20 OCT 2016

Information sheet

Version 2 Date 5 ตุลาคม 2559

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ร.ต.หญิง ชยุดรา สุทธิลักษณ์, ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
หมายเลขโทรศัพท์ 086-1338677 E-mail address: chayuttra.sut@student.mahidol.ac.th ,
doctor_k_st19@hotmail.com

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

ร.ต.หญิง ชยุดรา สุทธิลักษณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-1338677 E-mail address:
chayuttra.sut@student.mahidol.ac.th , doctor_k_st19@hotmail.com

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา
เบอร์โทร 02-763-4297 และ 02-763-4270

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จะใช้รหัสแทน
การระบุชื่อ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้สามารถ
เปิดได้ เก็บเอกสาร แผ่น CD หรือไฟล์ในตู้ลิ้นชักที่มีกุญแจล็อก ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจเปิดปิด ข้อมูล
ส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูล
ส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น
สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

หากท่านรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัด ขณะที่ตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถหยุดพักและพูด
ระบายความรู้สึกกับผู้วิจัยได้ จนกว่าจะสบายใจขึ้น หรือหากท่านมีอาการหน้ามืดวิงเวียน เหนื่อยล้า
อ่อนเพลีย หรือมีความเครียด ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พัก และประเมินการหายใจ จับชีพจร และวัด
ความดันโลหิต ถ้าพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการดีขึ้น และสมควรใจที่จะเข้าร่วมวิจัยต่อจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม
แต่ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยอาการไม่ดีขึ้น สามารถยุติการตอบแบบสอบถามหรือตอบคำถามจากการสัมภาษณ์
ได้ทันที โดยผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลผู้ดูแลทราบ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาต่อไป ในกรณีที่
ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และยุติการเข้า
ร่วมวิจัยได้ทันที และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการ
บริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

ภาคผนวก จ

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ROYAL THAI ARMY MEDICAL DEPARTMENT

RF 09_2555

Information sheet

Version 2 Date 5 ตุลาคม 2559

APPROVED 20 OCT 2016

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)

ภาคผนวก จ

	
CERTIFICATE OF APPROVAL	
From	
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University	
COA No.IRB-NS2016/370.0808	
Title of Project:	FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA
Project Number:	IRB-NS2016/49.0407
Principle Investigator:	Second Lieutenant Chayuttra Sutthilak
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 8 August 2016 2) Participant Information sheet version date 8 August 2016 3) Consent form version date 4 July 2016 4) Questionnaire version received date 4 July 2016
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
Type of Review:	Expedited Review
Date of Approval:	08 August 2016
Date of Expiration:	07 August 2017
Signature of Chair:	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Yajai Sitthimongkol) Dean, Faculty of Nursing
Copyright by Mahidol University	
Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 503 Faculty of Nursing, Mahidol University 999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, THAILAND Tel: (662)-441-5333 Ext. 2531, 2532	

PL 01 2555



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

317/5 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ที่ IRBTA.....1451...../2559

รหัสโครงการ: Q023q/59

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
[FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS ON CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA]

เลขที่โครงการวิจัย :

-

ชื่อผู้วิจัยหลัก: ร้อยตรีหญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

1. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก ฉบับที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2559
2. โครงการวิจัย ฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 5 ตุลาคม 2559
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 5 ตุลาคม 2559
4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 2 วันที่ 5 ตุลาคม 2559
5. ประวัติผู้วิจัย ร.ต.หญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์ ฉบับที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2559
6. ประวัติผู้ร่วมวิจัย รศ.ดร.วิมลรัตน์ ภูวราชดิพนานิช ฉบับที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2559
7. ประวัติผู้ร่วมวิจัย พ.ท.หญิง ลักษณ์นันท ชิวะเกรียงไกร ฉบับที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2559
8. ประวัติที่ปรึกษา ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ฉบับที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2559

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏินญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 20 ตุลาคม 2559

วันสิ้นสุดการรับรอง: 19 ตุลาคม 2560

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

พลตรีหญิง.....

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอก.....

(สหพล อนันต์น้ำเจริญ)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาสาธาณ
25/25 ถ.พุทธมนทลสาย 4 ต.สาธาณ
อ.พุทธมนทล จ.นครปฐม 73170
โทร 0 2441 4125 ต่อ 101 โทรสาร 0 2441 0177

ที่ ศธ 0517.02 (ศย)/ 1178

วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ด้วย ร้อยตรีหญิง ชยตรา สุทธิลักษณ์ เลขประจำตัว 5736859 NSGN/M นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตรปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” อยู่ในความควบคุมของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์ขอเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ให้การดูแลโดยตรงต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คนในการดูแลความเรียบร้อย ณ ห้องตรวจโรคประสาทวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2560

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

โทร 081-423-1321 e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

ติดต่อนักศึกษา 086-133-8677 e-mail: chayuttra.sut@student.mahidol.ac.th

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

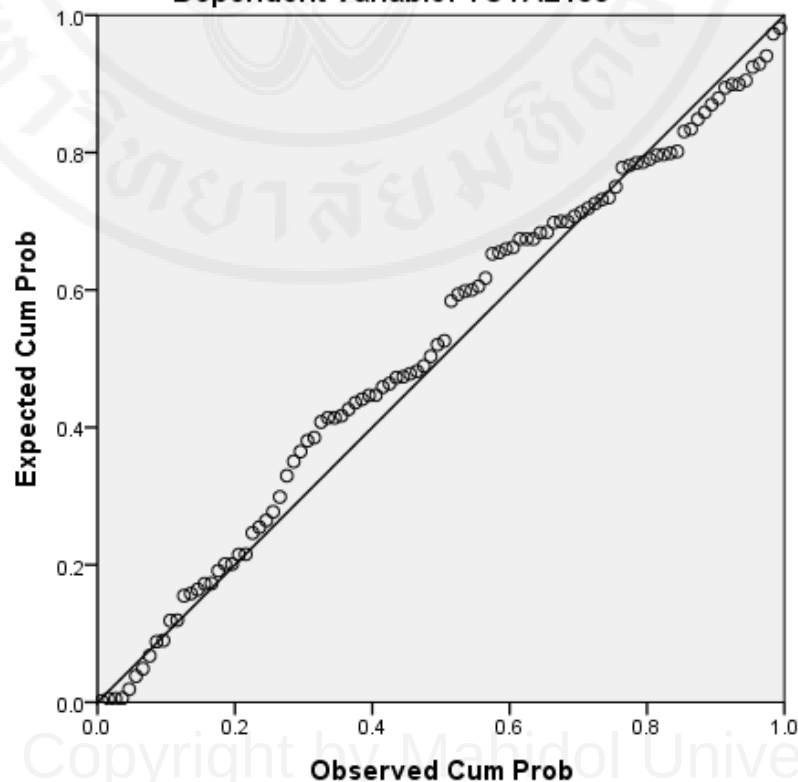
ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple regression analysis) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553; ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และยวดี ฤาชา, 2555) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้สถิติ (Analysis residual) และค่าความคลาดเคลื่อนของการสังเกต (Observed error)

1.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ทดสอบด้วยภาพการกระจายของ Normal probability plot ดังแสดงในภาพที่ 1

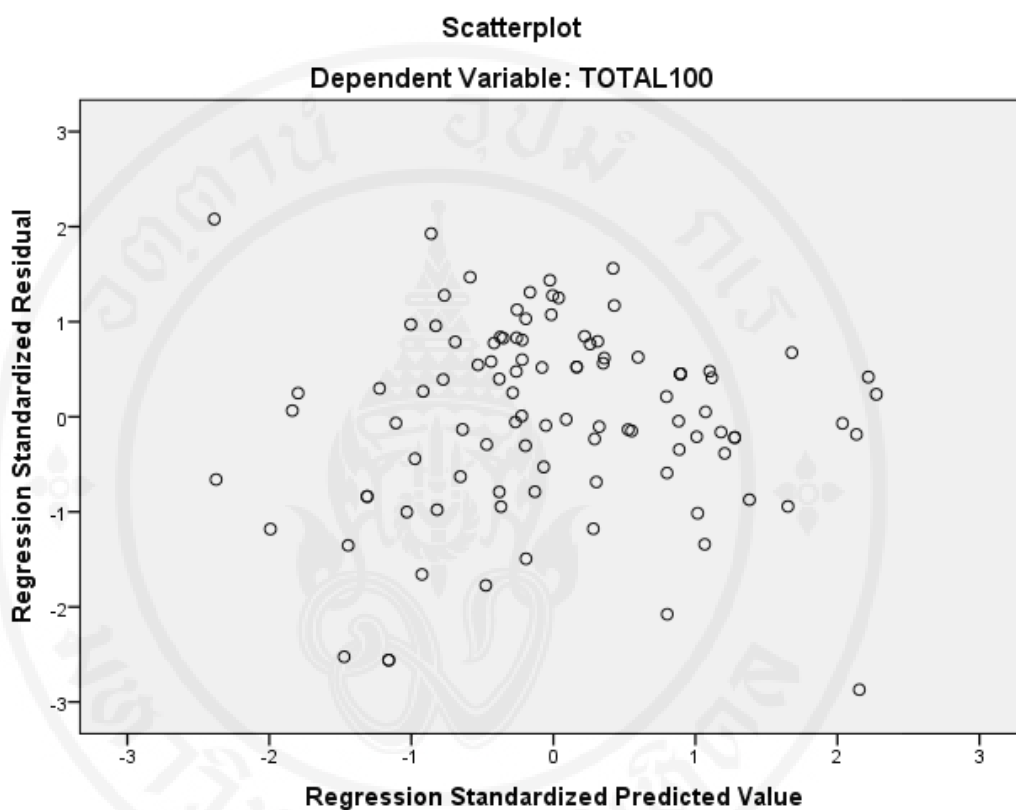
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: TOTAL100



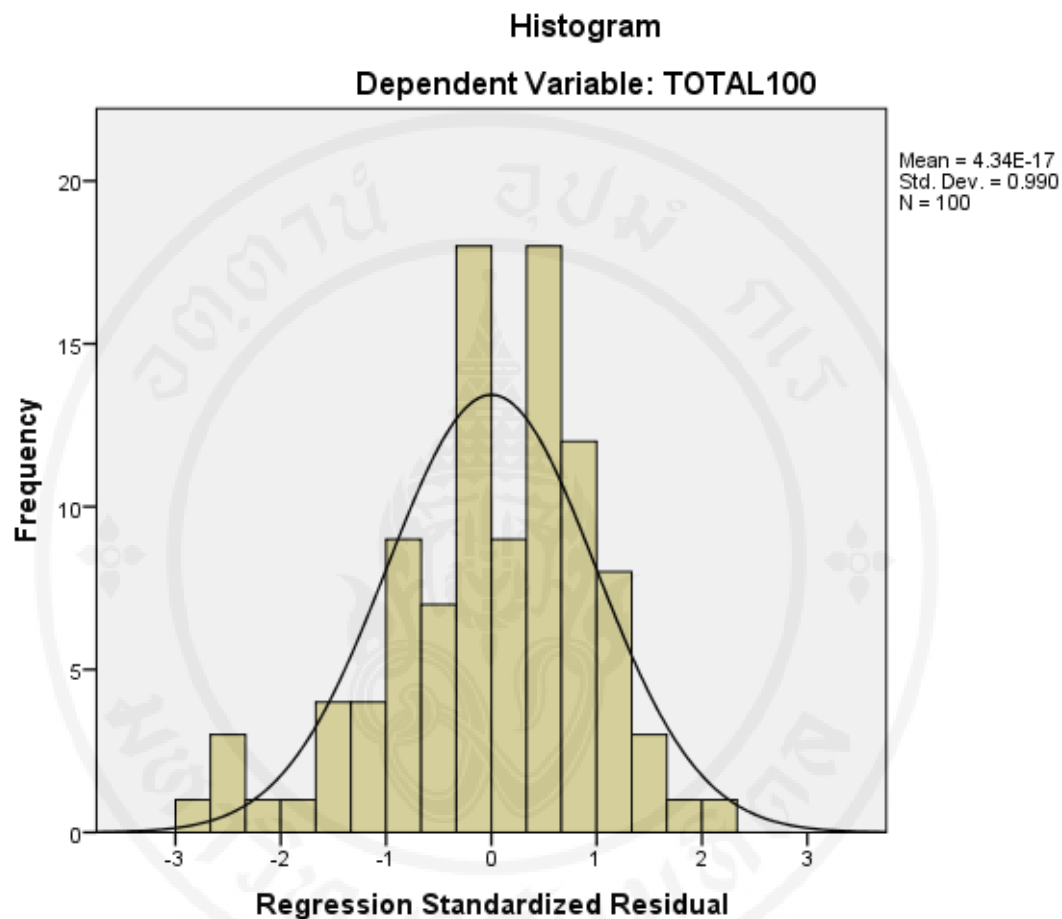
ภาพที่ 1 แสดง Normal probability plot

1.2 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของทุกตัวแปรมีค่าคงที่ (Homocedasticity) ทดสอบด้วยภาพการกระจายของ Scatter plot พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายโดยมีพื้นที่ใกล้เคียงกัน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดง Scatter plot

1.3 ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ (Normal distribution) ทดสอบด้วยแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดง Histogram

1.4 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error term, e) ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ทดสอบด้วยค่า Durbin-Watson โดยค่า Durbin-Watson ต้องมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าในช่วง 1.5-2.5) พบว่าค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.010 ดังแสดงในภาพที่ 4

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.510 ^a	.260	.245	14.03170	2.010

a. Predictors: (Constant), new, totalp

b. Dependent Variable: TOTAL100

ภาพที่ 4 แสดง Model Summary

1.5 ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ทดสอบด้วยค่า Standard Predicted Value = .000 และค่า Standard Residual = .000 ดังแสดงในภาพที่ 5

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	52.9042	91.2606	72.5500	8.22968	100
Residual	-40.28240	29.17909	.00000	13.88924	100
Std. Predicted Value	-2.387	2.274	.000	1.000	100
Std. Residual	-2.871	2.080	.000	.990	100

a. Dependent Variable: TOTAL100

ภาพที่ 5 แสดง Residuals Statistics

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ต้องไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (Multicollinearity) ทดสอบด้วย Variance Inflation Factor (VIF) และค่า Tolerance โดยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 ดังแสดงในภาพที่ 6

Coefficients ^a							
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	54.441	10.818		5.033	.000		
1 totalp	1.151	.403	.274	2.858	.005	.828	1.208
new	-.114	.033	-.331	-3.443	.001	.828	1.208

a. Dependent Variable: TOTAL100

ภาพที่ 6 แสดงค่า Variance Inflation Factor (VIF) และค่า Tolerance

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	ร้อยโทหญิง ชยุตรา สุทธิลักษณ์
วัน เดือน ปีเกิด	17 พฤศจิกายน 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2552-2556 พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557 -2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
ทุนการศึกษา	ทุนกองทัพบก
ที่อยู่ปัจจุบัน	11/7 ซอยวาทะประภา ถนนปรีดิพนมยงค์ ตำบล ประจักษ์ อำเภอนครศรีอยุธยา จังหวัดนครศรีอยุธยา 13000
ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 – เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557 พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอภิบาลอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ติดต่อ	โทร 08-6133-8677 E-mail : chayuttra.sut@student.mahidol.com หรือ doctor_k_st19@hotmail.com