



ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
Predicting Factors of Burden Among Caregivers of Elderly Dementia
Patients with Behavioral and Psychological Symptoms

ปวาริศา ศรีฉนวน
Pawarisa Srichanuan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing
Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม
และจิตใจ
ผู้เขียน นางสาวปวีศา ศรีฉนวน
สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรวรรณ หนูแก้ว)

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตสุนนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรวรรณ หนูแก้ว)

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถกิง วงศ์ศิริโชติ)

รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรรรณ หนูแก้ว)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ.....
(นางสาวปวีศา ศรีฉนวน)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวปวีศา ศรีฉนวน)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
ผู้เขียน	นางสาวปวีศา ศรีฉนวน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับภาวะของผู้ดูแล และปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และ ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ 2) แบบประเมินภาวะของผู้ดูแล 3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 4) แบบประเมินการทำงานของสมอง 5) แบบประเมินการเผชิญปัญหา และ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2-6 ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92, .89, .78, .80 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M=1.32$, $SD=.51$) และตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายได้ร้อยละ 16.6 ($R^2 = 1.66$, $p < .01$) ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.368$, $p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

Thesis Title	Predicting Factors of Burden Among Caregivers of Elderly Dementia Patients with Behavioral and Psychological Symptoms
Author	Miss Pawarisa Srichanuan
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2022

ABSTRACT

This predictive research aimed to examine levels of caregivers' burden and predictive factors of caregivers' burden among caregivers of elderly dementia patients with behavioral and psychological symptoms. Participants comprised 108 primary caregivers, taking care for elderly dementia patients with behavioral and psychological symptoms at Suansaranrom Hospital. The research instrument consisted of 6 parts: (1) a demographic data of caregivers and elderly dementia patients with behavioral and psychological symptoms questionnaire (2) a Caregiver Burden scale (3) an Activity of Daily Living scale; (4) a Thai Mental State Examination; (5) a coping scale; and (6) a social support assessment. Content validity of all parts was verified by three experts. Reliability of the parts 2, 3, 4, 5, and 6 was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .92, .89, .78, .80 and .83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The predictive ability of the selected factors was analyzed using standard multiple linear regression (enter method).

The results showed that caregivers' burden of caring for elderly dementia patients with behavioral and psychological symptoms was at mild level ($M = 1.32$, $SD = .51$). Predictive factors could explain 16.6 percent of the variance ($R^2 = 1.66$, $p < .01$). For consideration, the factor that significantly predicted the burden was social support ($\beta = .368$, $p < .01$). The results of this study could be used as basic information to develop nursing care to improve caregivers' capabilities in caring for elderly dementia adults with behavioral and psychological symptoms

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรพรรณ หนูแก้ว และอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วมผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ในทุก ขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ และซาบซึ้ง ใน ความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์ รองศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ ดร.นพรัตน์ ไชยขำนิ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบเครื่องมือ ความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มี ค่าสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนๆ ร่วมหลักสูตร และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่เป็นพลังและกำลังใจอันยิ่งใหญ่ คอยให้ความช่วยเหลือ คอยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและห่วงใยกันเสมอมา จนทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้

ปาริตา ศรีฉนวน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์การวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ.....	10
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม- และจิตใจ.....	20
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ- จิตใจ.....	29
สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบเครื่องมือ.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	52
ผลการวิจัย.....	52
อภิปรายผลการวิจัย.....	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	61
สรุปผลการวิจัย.....	61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	62
ผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	62
เอกสารอ้างอิง	63
ภาคผนวก	71
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	82
ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	85
ง ค่าร้อยละของตัวแปร	87
จ ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ	91
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	95
ประวัติผู้เขียน.....	96

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 กลุ่มยาทางจิตเวชที่บำบัดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มภาวะสมองเสื่อม.....	14
2 การวิเคราะห์แนวคิดของภาระการดูแล.....	23
3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย	31
4 การเปรียบเทียบค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่นำไปใช้.....	48
5 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของ ผู้ดูแลและระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน และจำนวนเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	53
6 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัด และโรคทางกาย	55
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มี ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ.....	56
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ.....	57
9 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	57
10 แสดงการหาค่า skewness kurtosis & Statistic Kurtosis ของตัวแปร	85
11 แสดงการกระจายของข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	86
12 จำนวนร้อยละของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย.....	87
13 จำนวนร้อยละของระดับการทำงานของสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม และจิตใจ	87
14 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาจำแนกรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	88
15 แสดงจำนวนและร้อยละของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (จำนวนชั่วโมง)	88
16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูง อายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ.....	89

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดของการวิจัยปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	6
2 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	89

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อย องค์การอนามัยโลก (2022) ได้รายงานเกี่ยวกับประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก ประมาณ 55,000,000 คน และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายในปี ค.ศ. 2030 คาดว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 3 เท่า (World Health Organization, 2022) ข้อมูลจากสถิติประชากรของประเทศไทยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 เพศหญิง ร้อยละ 9.2 และเพศชาย ร้อยละ 6.8 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปพบ เพศหญิงร้อยละ 28.5 และเพศชายร้อยละ 13.6 โดยสรุปความชุกของภาวะสมองเสื่อมของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วิชัย เอกพลากร, 2559) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2559) จากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมารับบริการในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1,685 คน (ผู้ป่วยใหม่ 242 คนและผู้ป่วยเก่า 1,351 คน) ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,759 คน (ผู้ป่วยใหม่ 270 คน และ ผู้ป่วยเก่า 1,407 คน) ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,417 คน (ผู้ป่วยใหม่จำนวน 304 คน ผู้ป่วยเก่า 1,046 คน) ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,957 คน (ผู้ป่วยใหม่ จำนวน 282 คน ผู้ป่วยเก่า 1,675 คน) ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2,001 คน (ผู้ป่วยใหม่จำนวน 262 คน ผู้ป่วยเก่า 1,739 คน) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยใหม่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2565)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ อารมณ์ พฤติกรรม (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2561) มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งถึงระดับรุนแรงจน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วย (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเองทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่มีแนวโน้มเกิดภาวะเสื่อมลง ผู้ดูแลมีความรู้สึกเศร้า กังวล ท้อแท้ และสิ้นหวัง (ภาวดี เหมทานนท์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562) ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัวพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรงของผู้สูงอายุ และรู้สึกเครียดกับการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ บางเวลาผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นหน้าที่ที่ทำให้รู้สึกทรมาน เกิดความไม่สุขสบาย มีความตึงเครียดทางด้านภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง ผลกระทบจากการดูแลอารมณ์ ด้านเวลา ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลขึ้นได้ (สาธิตา แรกค่านวนและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555)

ภาระของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ความยากลำบาก และความทุกข์ ของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลพบว่า 1) ความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ดูแล คือ ความเครียด วิตก

กังวล หงุดหงิด คับข้องใจ ร้องไห้บ่อย และรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง อารมณ์เศร้า (ดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์ และ อัญชูลี เตมียะประดิษฐ์, 2558; ซาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2561) 2) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อัตราส่วน 1 ต่อ 4 ที่มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดเอว (ศิริราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) 3) ภาระค่าใช้จ่ายการดูแลที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาต่างๆ และการลาออกจากการประกอบอาชีพมาดูแลผู้ป่วยเกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินกับครอบครัว (ศิริราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) 4) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนที่ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคมและทำให้เกิด ความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง พบว่า ผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชนและ สังคมลดลง (สาธิตา แรกค่านวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลประกอบด้วย (1) เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแล ($\beta=0.37$, $p=0.012$) (Wan-Yuen Choo, Wah-Yun Low, Razali Karina, PJH Poli, Esther Ebenezer, MJ prince, 2003) (2) อายุผู้ป่วย 80 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ($x^2 = 4.73$, $p=0.03$) (สาธิตา แรกค่านวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) (3) การศึกษาเป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแล ($\beta=0.500$, $p=0.001$) (Wan-Yuen Choo, Wah-Yun Low, Razali Karina, PJH Poli, Esther Ebenezer, MJ prince, 2003) (4) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้สึกรับภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.28$, $p=0.05$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) (5) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมพบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาระของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สาธิตา แรกค่านวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) (6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายภาระของผู้ดูแล ($\beta=0.500$, $p=0.001$) (Wan-Yuen, et al., 2003) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแล ($r=0.25$, $p=0.018$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาระ ($\beta=-0.172$, $p<0.05$) (Nuurain, Halimatus, Nor, Norliza, Tengku & Hafiz, 2023) การทำงานของสมองที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลที่สูงขึ้น (Kang, Myung, Na, Kim, Lee, Han, Choi, & Kim, 2014) (7) ทักษะคดีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำนายต่อภาระการดูแลโดยทัศนคติที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดี ($R^2 = .631$, $p < .001$) (เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนบเกสร 2561) (8) การทำงานของสมอง มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล (Hayashi, et al., 2013) การทำงานของสมองที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลที่สูงขึ้น (Kang, et al., 2014)

สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย (1) เพศหญิงสามารถทำนายกับภาระของผู้ดูแล ($\beta=0.025$, $p < .05$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) (2) อายุมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายกับภาระผู้ดูแล (สาธิตา แรกค่านวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) ($R^2=.471$, $p=.001$) (ภาวดี เหมทานนท์, กิตติพร เนาวีสุวรรณ, 2562) (3) อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแล ($x^2 = 4.76 = 0.029$) (สาธิตา

แรกคำนวณ และพีรพจน์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) 4) รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้ดูแล ($x^2 = 4.20$ $p = 0.040$) (สาธิตา แรกคำนวณ และพีรพจน์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) โดยเฉพาะรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยทำนายกับภาวะผู้ดูแล ($\beta = 0.216$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) (5) ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแล ($\beta = 0.311$, $p < .05$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) (6) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายกับภาวะของผู้ดูแล ($\beta = 0.276$, $p < 0.01$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) (7) การมีโรคประจำตัวสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแล ($\beta = 0.166$, $p < .05$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) (8) การเผชิญปัญหาแบบวิธีการหลีกเลี่ยงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแบบอัตโนมัติ (Zucchella, Bartolo, Pasotti, Chiapella, & Sinfiorani, 2012) (9) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่น้อยกว่าจะมีภาวะการดูแลที่มากกว่า ($t = -5.78$, $p = 0.000$) (Tornatore, 2002) (10) จำนวนชั่วโมงในการดูแลในแต่ละวันสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแล ($R^2 = .471$, $p = .001$) (ภาวดี เหมทานนท์, กิตติพร เนาว่าสุวรรณ, 2562) (11) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลทางลบระดับปานกลาง (Shurgot & Knight, 2005) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล ($x^2 = 3.611$, $p = 0.05$) (Wan-Yuen, et al, 2003) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะ ($\beta = 0.033$, $p = 0.76$) (Chiara, Michelangelo, Chiara, Laura, & Elena, 2012) (11) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะของผู้ดูแล ($r = -.847$, $p < .01$) (ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, และ ภาวดี นานาศิลป์, 2561)

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมทั้งใน และต่างประเทศ สรุปได้ว่า มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ และปัจจัยที่ทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยด้านผู้ดูแลหลากหลายมาก ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการศึกษาปัจจัยทำนาย ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงานของสมอง มีการศึกษาทั้งความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายที่แตกต่างกันในระดับน้อยถึงปานกลาง สำหรับปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ส่วนใหญ่ศึกษาทั้งความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนาย ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สำหรับปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีการศึกษาน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลสมองเสื่อม ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงานของสมอง และปัจจัยด้านผู้ดูแลสำหรับปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา จำนวนชั่วโมง ในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พร้อมทั้งสถิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลจากการวิจัยครั้งนี้ นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยการทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอยู่ในระดับใด
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้หรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลของซาริตและคณะ (Zarit, Reever, & Bach, 1980) ภาระการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ในจิตใจของผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อผู้ดูแลทั้งปริมาณหรือขอบเขตเกี่ยวกับด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ชีวิตในสังคมและภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการในการดูแล และผลกระทบทางสังคมต่อผู้ดูแลเป็นการพึ่งพา สังคมได้รับความเดือดร้อน 2) ด้านความมั่นใจหรือควบคุมสถานการณ์ เป็นความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับการมีเพื่อนมากกว่าเพราะญาติ 3) ด้านผลกระทบทางจิตวิทยาต่อผู้ดูแลเป็นความรู้สึกโกรธเมื่ออยู่ใกล้ญาติ รู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำเกี่ยวกับญาติและ 4) ด้านความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแล เป็นความรู้สึกว่าควรจะทำเพื่อญาติ (Zarit, Reever, & Bach, 1980)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของซาริต และคณะ (Zarit, Reever, & Bach, 1980) อ้างตามชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ, (2554) โดยมีโครงสร้างองค์ประกอบของภาระของผู้ดูแล 4 องค์ประกอบ คือ

1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล ผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง ไม่มีเวลาสำหรับตนเอง ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก มีความเครียดเรื่องงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ อึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย หงุดหงิดใจขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย ทำให้ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ง ตึงเครียดขณะอยู่กับผู้ป่วย สุขภาพไม่ดีเนื่องจากดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน

2) ความขัดแย้งในตนเองไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ ไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ ไม่สะดวกในการติดต่อคบหาเพื่อนและไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้

3) ความรู้สึกผิด กลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและคาดหวังในตัวผู้ดูแลมาก เสมือนมีผู้ดูแลคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้ไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ

4) เจตคติที่ไม่แน่นอน ไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย ควรได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น น่าจะดูแลญาติของผู้ดูแลได้ดีกว่านี้ อยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยและให้คนอื่นมาดูแลแทน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แบ่งเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงานของสมอง ดังนี้

1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ ความสามารถของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำและการขับถ่าย โดย พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของการปฏิบัติตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจากการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2558) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.25, p = 0.05$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)

1.2 การทำงานของสมอง คือ สมรรถภาพสมอง ด้านความรู้ การจดจำ การใส่ใจ การคำนวณ ด้านภาษา และการระลึก (กรรณิกา ปิงแก้ว, กนกพร สุคำวัง และภารดี นานาศิลป์, 2560) จากการศึกษาของ คังและคณะ, (2014) พบว่าการทำงานของสมองที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาระของผู้ดูแลที่สูงขึ้น ($r_{rho} = 0.37, p < 0.001$) (Kang, Myung, Na, Kim, Lee, Han, Choi, & Kim, 2014)

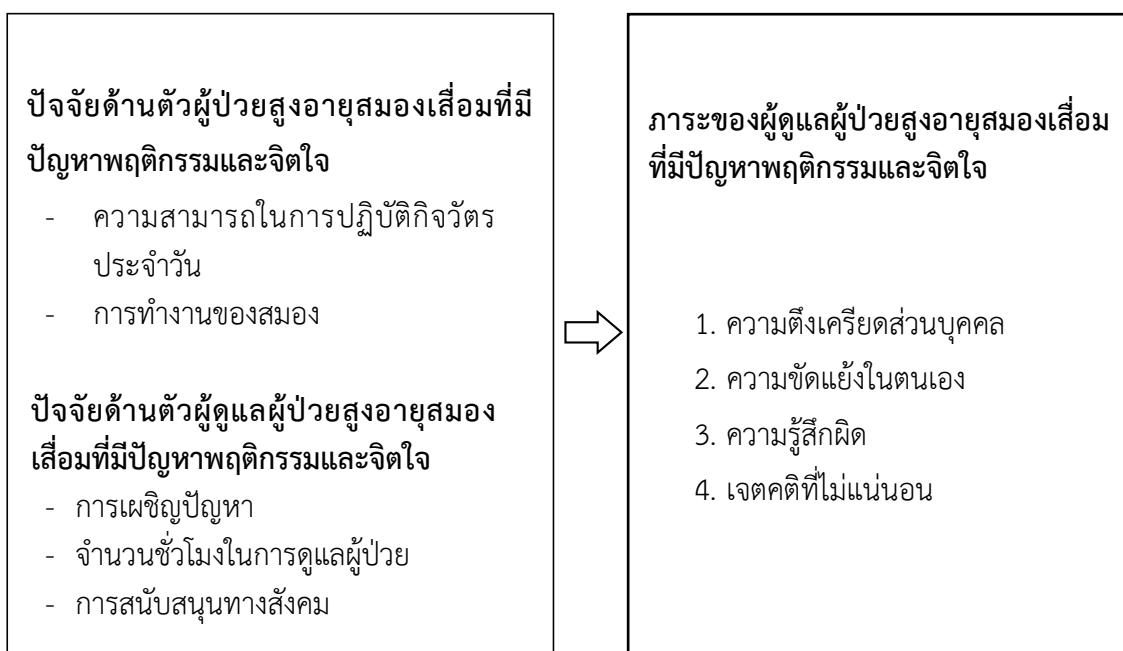
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย

2.1 การเผชิญปัญหา คือ กระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมแบบต่าง ๆ ของบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เพื่อแสดงพฤติกรรมในการที่จะจัดการกับการเผชิญปัญหา ควบคุมหรือบรรเทาการเผชิญปัญหาที่มากุคาม รวมทั้งใช้กลไกการป้องกันตัว เพื่อให้กลับไปสู่ภาวะสมดุลตามปกติ (เสาวนีย์ จันทรรัตน์, 2549) จากการศึกษาของ Zucchella, Bartolo, Pasotti, Chiapella, & Sinfioriani (2012) พบว่าการเผชิญปัญหาแบบวิธีการหลีกเลี่ยงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาระแบบอัตนัย (subjective burden) ($\beta = 0.40827, p < .01$)

2.2 จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ คือ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมต่อเนื่องในแต่ละวันสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเวลาในการดูแลที่มากขึ้นสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น (ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปินตา, 2561) จากการศึกษาของ Moraes & Silva (2009) พบว่าระยะเวลาการดูแลมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล

2.3 การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ต่อความช่วยเหลือในด้านของการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับเห็นคุณค่าในตัวเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับ (ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง และ ภาวดี นานาศิลป์, 2561) จากการศึกษาของ ชูร์กอตและไนท์ (Shurgot & Knight, 2005) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและผกผันกับภาวะของผู้ดูแล ($r = -.40$)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัยปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้

นิยามศัพท์การวิจัย

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ดูแลและความยากลำบาก ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบโดยตรงทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจและดำเนินชีวิตในสังคม รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีความผิดปกติทางสมอง ด้านความคิด ความจำ การรับรู้ และพฤติกรรมร่วมกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เช่น ก้าวร้าวรุนแรง การต่อต้าน หรือควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นต้น ร่วมกับปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรืออารมณ์เศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะของผู้ดูแลของ ชันญชิตาดุษฐี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง การทำกิจกรรมพื้นฐาน ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ คือ การรับประทานอาหาร การแต่งกาย ล้างหน้า แปรงฟัน ทรีมม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องน้ำการขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระและปัสสาวะซึ่งการประกอบกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL) ซึ่งแปลโดย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546)

การทำงานของสมองของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง การทำงานของสมอง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ การจดจำ การใส่ใจ การคำนวณ ด้านภาษา และการระลึก ประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะของสมอง (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536)

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล หมายถึง กระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมแบบต่างๆ ของบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เพื่อแสดงพฤติกรรมในการที่จะจัดการกับการเผชิญปัญหา ควบคุมหรือบรรเทาการเผชิญปัญหาที่มาคุกคาม รวมทั้งใช้กลไกการป้องกันตัว เพื่อให้กลับไปสู่ภาวะสมดุลตามปกติ โดยใช้แบบประเมิน (The Jalowiec Coping Scale : JCS) (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันเป็นจำนวนชั่วโมง

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ต่อความช่วยเหลือในด้านของการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับเห็นคุณค่าในตัวเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ศิริินภา นันทพงษ์, 2542)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วง พฤษภาคม 2564 – ตุลาคม 2564

ประโยชน์ที่ได้รับ

ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับพยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
 - 1.1 ภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
 - 1.2 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
 - 1.3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
 - 1.4 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและญาติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแล
 - 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล
 - 2.2 ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
 - 2.3 แบบประเมินภาระของผู้ดูแล
 - 2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
 - 3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย
 - 3.1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 3.1.2 การทำงานของสมอง
 - 3.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล
 - 3.2.1 การเผชิญปัญหา
 - 3.2.2 จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย
 - 3.2.3 การสนับสนุนทางสังคม
4. สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมซ้ำๆ อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว อาการหวาดระแวง หลงผิด และประสาทหลอน (สาธิตา แรกคำนวณ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555)

ลักษณะของภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย ปัญหาด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจ ดังนี้

1. ปัญหาด้านพฤติกรรม คือ 1) การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (wandering) การเดินหาของ เดินไปมา พยายามหนีออกจากบ้าน 2) อาการกระวนกระวาย (agitation) มักพบอาการหลักๆอาการ พลุ่่งพล่าน ถูกขัดใจ ลักษณะก้าวร้าว 3) มีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง คือ อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกน ต่ำว่าข่มขู่ทำร้าย พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น 4) การขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinhibiting) การสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้า คือ ร้องไห้หรือดีใจมากผิดปกติ พุดจาก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ทำลายของพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ยุ่งวุ่นวายกับผู้อื่น 5) พฤติกรรมรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป คือ รับประทานอาหารตลอดเวลา เพราะคิดว่ายังไม่ได้รับประทานอาหาร 6) การเอาแต่ใจ (intrusiveness) คือ ไม่อดทนรอ เรียกร้อง และบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ และ 7) การปฏิเสธต่อต้าน (negativism) คือ ตื้อดิ่งและปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำ 8) ปัญหาการนอน (sleep problems) ผู้ป่วยมักจะไม่นอนในตอนกลางคืน จะลุกมาเดินง่วงงวนในบ้านหรือเดินออกนอกบ้าน เนื่องจากมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล (อัญชูลี เตมีย์ประดิษฐ์, 2555)

2. ปัญหาด้านจิตใจ คือ 1) อาการหลงผิด (delusion) คือ ลักษณะความเชื่อว่ามีคนในบ้าน มาขโมยเงินทองหรือสิ่งของในบ้าน บางรายหลงผิดคิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนที่ตนเองรู้จัก 2) อาการประสาทหลอน (hallucination) มักมีอาการเห็นผู้อื่นอยู่ในบ้าน บางครั้งอาจบอกว่ามองเห็นมีคนบุกรุกในบ้าน 3) อาการซึมเศร้า (depression) มีอารมณ์เศร้าหมดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ พุดถึงเรื่องความตาย 4) อารมณ์เฉยชา (apathy) ไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สีหน้าไม่แสดงการตอบสนองทางอารมณ์ และขาดการริเริ่มในเรื่องต่างๆ และ 5) อาการวิตกกังวล (anxiety) กลัวการถูกทอดทิ้งจึงมักเรียกหาผู้ดูแลเวลาอยู่ตามลำพังคนเดียว (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2554)

ระยะของภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม มักมีลักษณะของบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงต่อเนื่อง การดำเนินของโรคแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2554; ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; ศิริพันธ์ สาสดี, 2551)

1. ระยะแรก (early dementia) 1-3 ปี ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความจำระยะสั้น (short term memory) จำเหตุการณ์เก่าๆได้ดี มักจะกล่าวคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกต เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษา คือ มักจะเลือกคำมาใช้พูดไม่ถูกเรียกชื่อสิ่งของไม่ถูกต้อง สับสนทิศทางโดยเฉพาะในที่ที่ไม่คุ้นเคย ความสามารถด้านการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นเริ่มทำไม่ค่อยได้ ยังสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการทำ

กิจวัตรประจำวันง่ายๆ ได้ตามปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน (instrumental activities of daily living) มักทำไม่ได้เลย เช่น การคิดบัญชีรายรับ/รายจ่าย การดูแลบ้าน การช่วยซ่อมแซมอุปกรณ์ของ ใช้ในบ้าน ในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีการรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเอง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวโทษผู้อื่น และแยกตัวออกจากสังคมได้ บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนแปลงอาจแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด กระสับกระส่าย เมื่อไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความต้องการ ได้อย่างชัดเจน

2. ระยะปานกลาง (moderate dementia) 2-10 ปี การสูญเสียความสามารถด้านต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น พบการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ชัดเจน อารมณ์และบุคลิกอาจเปลี่ยนไป เช่น ก้าวร้าว หรือแสดงออกทางเพศโดยไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเริ่มหลงลืมมากขึ้น จำเวลาและสถานที่ไม่ได้ พบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ปัสสาวะผิดสถานที่ตื่นและหลับผิดเวลา เดินไปมาอาจมีอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นได้ง่าย สามารถสรุปอาการสำคัญได้ ดังนี้ (1) พร่องด้านความจำ โดยเริ่มจำสิ่งที่ทำไปไม่ได้ หลงลืม จำทางกลับบ้านไม่ได้ จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้วหรือยังวางของผิดที่ (2) การพูดลำบากขึ้นโดยพูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม (3) พร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเรื่องการล้างแปรงฟัน ตัดเล็บ สระผม ใส่เสื้อผ้าชุดเดิม ไม่ยอมอาบน้ำ ลืมทำความสะอาดหลังการขับถ่าย อาจต้องมีคนคอยดูแลหรือทำให้ (4) มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การทำอาหาร โดยใส่เครื่องปรุงรสไม่ถูก ทำในสิ่งที่เคยทำไม่ได้ (5) มีปัญหาด้านโภชนาการมีความอยากอาหารลดลง (6) มีปัญหาด้านการขับถ่าย เช่น กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ไม่ถ่าย จำทางเดินไปห้องน้ำไม่ได้ ลืมวิธีการใช้ห้องน้ำ (7) ปัญหาด้านการนอน เช่น นอนไม่ตรงเวลา กลางคืนไม่นอน (8) มีปัญหาด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์หงุดหงิด กระสับกระส่าย ระวัง หรืออาจไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ (9) ปัญหาด้านการรับรู้ อาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน (10) มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น เดินไปมาตลอดเวลา หยุดนิ่งไม่ได้บางรายมีอาการแขนขาอ่อนแรง ไม่ยอมเดิน ไม่ยอมเคลื่อนไหว เดินเรื่อยเปื่อยไปตามสถานที่ต่างๆ

3. ระยะรุนแรง (advanced dementia) 3-12 ปี เป็นระยะสุดท้ายของโรค มีการสูญเสียความจำทั้งอดีตและปัจจุบัน จำคนใกล้ชิดไม่ได้ จนในที่สุดอาจไม่รู้จักตนเอง พูดไม่ได้กลืนอาหารลำบาก เริ่มมีการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ การเคลื่อนไหวผิดปกติ ผู้ป่วยอาจนอนติดเตียงแขนขาเกร็งงอ ต้องให้การดูแลทุกอย่างจนกระทั่งเสียชีวิต

จากการดำเนินโรคทั้ง 3 ระยะ ในระยะแรกผู้ดูแลอาจไม่พบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ แต่ในระยะปานกลางและระยะรุนแรงจะพบความสัมพันธ์ของสมองมากขึ้น และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อย คือ การเดินออกจากบ้าน มีความผิดปกติทางจิต เช่น สับสนมีภาพหลอน หงุดหงิด โมโหง่าย และด้านจิตใจ อารมณ์แปรปรวน เช่น ร้องไห้ ก้าวร้าว หรือมีลักษณะของภาวะไร้อารมณ์

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (America Psychiatric Association) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM – 5) และองค์การอนามัยโลก ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแบบ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th (ICD-10) ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของ DSM – 5 พบว่ามีเฉพาะการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม คือ 1) ต้องมีหลักฐานจากประวัติการตรวจประเมินว่ามีความบกพร่องของการทำหน้าที่สมองด้านความคิดการรับรู้อย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (1) สมาธิ

ความสนใจ (complex attention) (2) ความสามารถด้านการบริหารจัดการเวลา (Executive Function) (3) การเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษาด้าน Perceptual - motor หรือ Social cognitive 2) อาการดังกล่าวมีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันอย่างอิสระด้วยตนเองที่จำเป็นประจำวัน 3) อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงภาวะเพ้อ (Delirium) และ 4) อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้จากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะพฤติกรรมและจิตใจ ขององค์การอนามัยโลกมีหลักการวินิจฉัย คือ วินิจฉัยตามกลุ่มอาการ (Dementia : F00 – F03, G30 – G31) สมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากโรคสมองเสื่อมทั่วไปมักจะเรื้อรัง หรือมีอาการมากขึ้นเป็นลำดับ ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานขั้นสูงของผิวสมองหลายอย่างรวมทั้งความจำ ความคิด ความสามารถในการรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความสามารถในการเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจภาษา และการตัดสินใจ สภาพ ความรู้สึกตัวพบว่าปกติ ความบกพร่องในหน้าที่รับรู้และเข้าใจมักพบได้เสมอ ๆ บางโอกาสสิ่งที่จะพบก่อนก็คือ ความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมในสังคม และโรคอื่น ๆ ที่มีผลต่อสมองทั้งโดยตรงและโดยทางอ้อม (กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, 2554; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของ (ICD-10) (Dementia : F00-F03, G30-G31) ร่วมกับการใช้แบบประเมิน NPI-Q (Neuropsychiatric inventory questionnaire) (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2561)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีการรักษาด้วยยา/ยาตามอาการและการบำบัดโดยวิธีการอื่น ๆ ดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา ประกอบด้วยยาที่ช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม และบำบัดอาการเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

1.1 กลุ่มยาช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ กลุ่มยายับยั้งการทำงานของเอนไซม์โคลรีนเอสเตอเรส ที่จะไปทำลายสารสื่อประสาท ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทเพิ่มขึ้นเป็นผลให้ความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น ได้แก่

- Donepezil เป็นยาแบบรับประทานรักษาอาการ episodic memory loss เช่น ถامซ้ำ ๆ ลืมว่ารับประทานอาหาร ปัญหาการสื่อสาร และภาวะ aphasia เช่น เรียกสิ่งของไม่ถูก apraxia (กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามสิ่ง อาการอ่อนแรง) agnosia (ไม่รู้จักชื่อและชนิดของสิ่งของที่เคยรู้มาก่อน) executive dysfunction (เช่น การจัดลำดับขั้นตอน ความคิดเชิงนามธรรม) social cognition (ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัวถดถอย เช่น ไม่เข้าใจความรู้สึกผู้อื่นการยับยั้งชั่งใจลดลง การบริหารยา ลักษณะยาเป็นเม็ดใช้ขนาด 5-10 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ง่วงซึม เป็นต้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559)

- Rivastigmine เป็นยาที่ช่วยฟื้นฟูความสมดุลของสารสื่อประสาทภายในสมองมีทั้งแบบรับประทานและแบบแผ่นแปะ รักษาอาการสับสน ช่วยเพิ่มความจำ การตระหนักรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ลักษณะยาเป็นยาเม็ดใช้ขนาด 6-12 มิลลิกรัมต่อวัน ลักษณะ

ยาผ่านแปะหลังเริ่มจากขนาด 4.6 มิลลิกรัม – 9.5 มิลลิกรัม (5 เซนติเมตร – 10 เซนติเมตร) อาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ง่วงซึม เป็นต้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559)

- Galantamine เป็นยาแบบรับประทาน รักษาอาการสับสน ก้าวร้าว กระสับกระส่าย ระดับน้อยถึงปานกลางเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ลักษณะเป็นยาเม็ด ขนาด 12–16 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ง่วงซึม น้ำหนักลดเบื่ออาหาร (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559)

1.2 ยาที่ยับยั้งการทำงานของกลูตาเมต ยากลุ่มนี้จะไปขัดขวางการทำงานของสารสื่อประสาทกลูตาเมต ซึ่งทำให้เซลล์ประสาทตายลง เป็นผลให้สมองเสื่อมลดลง ยากลุ่มยับยั้งกลูตาเมต ได้แก่

- Memantine เป็นยาแบบรับประทาน ใช้รักษาอาการสมองเสื่อมที่ความจำเสื่อมที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ช่วยให้อาการความจำดีขึ้น ช่วยให้มีการรับรู้ที่ดี ช่วยให้มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ลักษณะเป็นยาเม็ด ขนาด 5 มิลลิกรัม – 10 มิลลิกรัมต่อวัน

ผลข้างเคียงพบได้ไม่บ่อย แต่ที่พบได้บ้าง ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ ท้องผูก ง่วงนอน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1.3 ยาบำบัดอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ดังตาราง 1

ตาราง 1

กลุ่มยาทางจิตเวชที่บำบัดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มยาทางด้านจิตเวช	ปัญหาพฤติกรรม/จิตใจ
1. ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drugs)	
- Haloperidol 0.25 - 0.5 mg/day	- อาการหลงผิด
- Risperidone 2-6 mg/day	- อาการอะอะโวยวาย
- Olanzapine 5-30 mg/day	- ก้าวร้าว หวาดระแวง ประสาทหลอน
- Quetiapine 150-800 mg/day	- โกรธ ก้าวร้าว หลงผิด
2. ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drug)	
- Bzotropine 1-2 mg/day	- อาการเคลื่อนไหวผิดปกติ
- Trithoxyphenidyl 25 mg/day	- ควบคุมอาการ Extra-PyramidalSymptoms (EPS) ที่เกิดจาก
- Diphenhydramine 25 mg/day	ยากลุ่มต้านโรคจิต
3. ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant)	
- Sertraline 25-50 mg/day	- เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อยแยกตัว
- Citalopram 10-20 mg/day	- อาการซึมเศร้า
4. ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizer)	
- Lithium 900-1200 mg/day	- อารมณ์ดีตื่นตัวผิดปกติ อาการซึมเศร้า
- Valproate 1000-1200 mg/day	- ความผิดปกติทางอารมณ์ ภาวะแมนีคลุ้มคลั่ง
- Carbamazepine 600-1200mg/day	- กระวนกระวาย
- Lamotrigine 100-200 mg/day	- นอนไม่หลับ

ตาราง 1

กลุ่มยาทางจิตเวชที่บำบัดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

กลุ่มยาทางด้านจิตเวช	ปัญหาพฤติกรรม/จิตใจ
5. ยากลุ่มรักษาภาวะวิตกกังวล (Anti-anxiety)	
- Lorazepam 0.5-4 mg/day	- คลายกังวล นอนไม่หลับ วิตกกังวล
- Diazepam 2-40 mg/day	- อาการวิตกกังวล ตื่นตระหนกและหวาดกลัว
- Clonazepam 0.5-4 mg/day	- อาการวิตกกังวล ตื่นตระหนก นอนไม่หลับ
- Alprazolam 0.5-2 mg/day	- คลายกังวล

ที่มา : วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559

2. การบำบัดโดยวิธีการอื่น ๆ

2.1 การบำบัดด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีแนวทางต่าง ๆ ดังนี้

1) การจัดบ้านให้ปลอดภัย เช่น จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ไม่วางของแฉะกะแฉงสว่างในบ้านที่เพียงพอ จัดวางสิ่งของให้อยู่ในตำแหน่งเดิมที่ผู้ป่วยคุ้นตา ทำป้ายบอกตำแหน่งของสถานที่ เก็บสิ่งของมีคม ของหนักหรือของที่แตกหักง่ายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ทำราวบันไดเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ควรมีกระจกในบ้านมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยตกใจจากการเห็นเงาของตนเอง ติดกุญแจล๊อคที่ประตูทุกบานที่เปิดออกข้างนอกได้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินออกนอกบ้านตามลำพัง และควรติดอุปกรณ์ตัดไฟสำหรับเครื่องใช้ไฟฟ้า

2) ห้องน้ำควรทำเครื่องหมายแสดงว่าเป็นห้องน้ำให้ชัดเจน จัดห้องน้ำ ห้องส้วม มีความสะดวกต่อการใช้ เช่น ทำราวจับยึด ใช้โถนั่งเพื่อสะดวกในการลุกนั่ง พื้นห้องน้ำควรวางแผ่นยาง เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ประตูห้องน้ำควรออกแบบให้สามารถเปิดได้จากด้านนอกด้วย

3) ห้องครัว พื้นห้องครัวควรวางแผ่นยางเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ควรตรวจสอบหัวเตาแก๊สว่าปิดหรือยังในกรณีที่ไม่มีคนอยู่บ้านควรล๊อคหัวเตาแก๊ส และระวังอุปกรณ์ของมีคม ควรเก็บให้มิดชิด

4) การป้องกันการหลงทาง เขียนชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรที่ติดต่อญาติได้ในกระเป๋าผู้ป่วย ติดกระดิ่งไว้ที่ประตู เพื่อจะได้ทราบว่ามีคนเดิน เข้า-ออก (สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และ ทิวาวัน คำบันลือ, 2561)

2.2 การบำบัดทางด้านโภชนาการโดยการดูแลเรื่องสารอาหาร และวิธีการได้รับอาหาร ดังนี้

1) สารอาหารที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของสมอง คือ อาหารจำพวกวิตามินบี 16 12 ซี อี และเบต้าแคโรทีน เช่น วิตามิน บี 1 ช่วยบำรุงประสาท มีในแหล่งอาหารจำพวก เนื้อหมู ข้าวซ้อมมือ วิตามินบี 2 ช่วยในกระบวนการเผาผลาญของสารอาหาร มีในแหล่งอาหารจำพวก เครื่องในสัตว์ ไข่ นม โนอาซิน ช่วยในเรื่องความจำ มีในแหล่งอาหารจำพวก เช่น ถั่วเมล็ดแห้ง รำข้าว วิตามิน บี 6 ทำหน้าที่สังเคราะห์สารสื่อประสาทหลายชนิดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท มีในแหล่งอาหารจำพวก กุ้ง ไข่แดง โพลตมีหน้าที่ในการสังเคราะห์สารพันธุกรรม มีในแหล่งอาหารจำพวก ดอกกะหล่ำปลี มะเขือเทศ วิตามินบี 12 ช่วยในการสังเคราะห์สารพันธุกรรม รวมทั้งการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดแดง มีในแหล่งอาหารจำพวก หอยนางรม นมสด ไข่ (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, 2563) วิตามินซีมีความสำคัญต่อการสังเคราะห์คอลลาเจน คาร์นิทีน สารเหนียวนำกระแสประสาท มีฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ มีในแหล่งอาหารจำพวกฝรั่ง มะขามป้อม ผักใบเขียว (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2560) วิตามินอี ช่วยในการป้องกันการออกซิเดชันของกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง มีในแหล่งอาหารจำพวก น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย เบต้าแคโรทีน ช่วยในการทำหน้าที่ต้านอนุมูลอิสระ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ยับยั้งการก่อกลายพันธุ์ มีในแหล่งอาหารจำพวก ผักกวางตุ้ง ผักบุง และน้ำมันปลาช่วยป้องกันความจำเสื่อม มีในแหล่งอาหารจำพวก ปลาหู ปลาซ็อน (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

2) วิธีการได้รับอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 1) จัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ไม่มีความอยากอาหาร ด้วยวิธีการให้รับประทานอาหารตรงตามเวลา คอยเตือนล่วงหน้าเมื่อถึงเวลาอาหาร ลองให้น้ำผลไม้แก่ผู้ป่วยก่อนรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการกระตุ้นน้ำย่อย พยายามให้

อาหารที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และชอบรับประทานเป็นพิเศษ พยายามให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้หมดทีละอย่างก่อนจะรับประทานอาหารอย่างอื่นต่อเพราะผู้ป่วยจะสับสนหากรสชาติเปลี่ยนรวดเร็วเกินไป เพิ่มบรรยากาศในการรับประทานอาหาร เช่น เปิดเพลงเบาๆร่วมรับประทานอาหารกับผู้ป่วย ให้ความสำคัญในการรับประทานอาหารมีมากพอ ถ้าผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากควรให้อาหารที่นุ่ม เปื่อย กลืนง่าย เช่น ซุปข้นๆ โจ๊กข้นๆ ไม่ควรตักอาหารใส่จานมากเกินไป (สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และทิวาวัน คำบันลือ, 2561) และ 2) จัดเตรียมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ลืมและต้องการทานอาหารบ่อยๆ โดยจัดอาหารที่มีปริมาณน้อย และเพิ่มจำนวนมื้อ ให้เพิ่มมื้ออาหารเป็น 5-6 มื้อแต่ต้องจัดให้ในปริมาณน้อยๆ รับประทานอาหารว่างที่มีพลังงานต่ำ อาจให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมอื่นด้วย เช่น เดินเล่น อาจต้องเก็บอาหารซ่อนหากจำเป็น ระวังเรื่องอุณหภูมิของอาหาร เพราะผู้ป่วยบางคน อาจไม่สามารถแยกอาหารที่มีอุณหภูมิร้อนได้ ภาชนะที่ใช้ใส่อาหารควรมีสีต่างจากผ้าปูโต๊ะ และ 3) จัดการเรื่องน้ำดื่มที่มีปริมาณที่เพียงพอ คอยกระตุ้นเตือนเนื่องจากผู้ป่วยอาจลืมดื่มน้ำหรือรู้สึกไม่กระหายน้ำ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะขาดน้ำ (กรมอนามัยสำนักโภชนาการ, 2561)

2.3 จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตใจโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) การออกกำลังกาย เช่น การเดินเพื่อช่วยให้มีความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้มากขึ้น

2) กิจกรรมการปลูกต้นไม้ ช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีสมาธิ ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรง ป้องกันหกล้ม ช่วยฟื้นฟูความจำเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองและมีความสุข กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ความจริง เป็นการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ความจริงและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยควรจัดให้ฝึกเป็นประจำทุกวัน

3) กิจกรรมจัดบ้านเพื่อฟื้นฟูความทรงจำ การจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความเป็นปัจจุบัน และเชื่อมโยงกับความจำในอดีต ได้แก่ ให้ข้อมูล วัน เดือน ปี และเวลา โดยอาจใช้สื่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น เช่น ปฏิทิน นาฬิกา รูปภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ รูปที่แสดงถึงเวลา กลางวัน กลางคืน ฤดูกาล หรือบุคคลต่างๆที่มีความสำคัญ เป็นต้น

4) กิจกรรมกระตุ้นประสาทสัมผัส คือ ดูปภาพหรือวิดีโอ เหตุการณ์หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จัก หรือดูสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น ดอกไม้ ต้นไม้ สัตว์เลี้ยง ฟังเพลง ดนตรีที่เคยชื่นชอบ หรือฟังเสียงจากธรรมชาติ หรือสุคนธบำบัด เป็นการกระตุ้นการรับรู้สิ่งที่เชื่อมโยงกับความจำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัว ลดความวิตกกังวล สามารถใช้น้ำมันหอมระเหยในกลิ่นที่ผู้ป่วยชื่นชอบทั้งในรูปแบบการสูดดม การนวด ใช้อาบน้ำ หรือทาเฉพาะที่ พาผู้ป่วยไปท่องเที่ยวในสถานที่ที่เคยไปเที่ยว เป็นต้น (สนธยา มณีรัตน์ , สัมพันธ์ มณีรัตน์ และทิวาวัน คำบันลือ, 2561)

2.4 จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการออกกำลังกาย โดยจะต้องเลือกชนิดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และลักษณะนิสัย ความชอบของผู้ป่วย โดยจัดให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ การเดินเร็ว หรือวิ่งช้า ๆ ช่วยให้การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ควรเพิ่มเวลาการเดินให้มาก ควรเริ่มด้วยการเดินช้า ๆ ในตอนเช้าในบริเวณที่อากาศบริสุทธิ์ สถานที่เดินหรือบริเวณรอบ ๆ จะต้องมีความปลอดภัย ไม่มี ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เริ่มเดินช้าๆ ก่อน ประมาณ 5 นาที แล้วค่อยเพิ่มความเร็วขึ้น ขณะเดินควรมีการแกว่งแขน และบริหารกล้ามเนื้อคอ และหน้าอก เพื่อออกกำลังกายส่วนอื่น ๆ ของ

ร่างกายนอกจากขาและเท้าด้วย ควรเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสม และการมีเพื่อนหรือกลุ่มในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

2) กิจกรรมการบริหารสมอง การบริหารสมอง คือ การบริหารร่างกายในส่วนที่สมองควบคุม โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ corpus callosum ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกเข้าด้วยกันให้ประสานกัน แข็งแรง และทำงานคล่องแคล่ว จะช่วยให้การถ่ายโอนข้อมูลและการเรียนรู้ของสมองเป็นไปอย่างสมดุล เกิดประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ส่งเสริมความจำ มีอารมณ์ขัน เพราะคลื่นสมองจะลดความเร็วลง จากคลื่นเบต้าเป็นแอลฟา ซึ่งเป็นสภาวะที่สมองทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (สนธยา มณีรัตน์ , สัมพันธ์ มณีรัตน์ และ ทิวาวัน คำบันลือ, 2561) เช่น กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้วันเวลา สถานที่ โดยบอกผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยถาม วัน เดือน ปี นำนาฬิกาที่มีเสียงติบอกละมามาแขวนไว้ให้ผู้ป่วยได้ยินเสียงบอกเวลา กิจกรรมส่งเสริมด้านความจำ เช่น ดิทรูปภาพ ภาพถ่ายไว้ข้างฝาบ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัว (กอบหทัย สิทธิธรรมาภรณ์, 2554) กระตุ้นโดยการถามว่าใครทำอะไรอยู่ที่ไหน เป็นลูกคนที่เท่าไร กิจกรรมส่งเสริมการเรียงลำดับเหตุการณ์ เช่น การใส่เสื้อผ้า ชั้นที่ 1 หยิบเสื้อ ชั้นที่ 2 ใส่แขนซ้าย ชั้นที่ 3 นำเสื้อพาดข้ามใส่แขนขวา และชั้นที่ 4 ดึงกระดุมและกิจกรรมส่งเสริมความคิดรวบยอด เช่น ถามคำถามให้ผู้ป่วยได้ประมวลความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ เช่น สัตว์อะไรมี 2 ขาบินได้ คือ นก ผลไม้อะไรมีผลกลมสีเขียว ข้างในมีสีขาว มีน้ำใส ๆ คือ มะพร้าว เป็นต้น (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มี 2 วิธีการหลัก ๆ ด้วยกัน คือ การบำบัดโดยการใช้อาและการบำบัดด้วยวิธีการอื่น ๆ ซึ่งการรักษาโดยการบำบัดด้วยวิธีการอื่น ๆ นั้นเป็นการรักษาที่ควรนำมาใช้เป็นลำดับแรก โดยเป็นลักษณะของกิจกรรมที่สามารถทำได้โดยตรงกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีการบำบัดตั้งแต่ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตใจ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกาย การออกกำลังกาย และการบริหารสมอง

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและญาติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีบริการการรักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยระบบ ผู้ป่วยนอก (outpatient) คลินิกสูงอายุ คลินิกสราญใจ และระบบการรักษาผู้ป่วยใน (inpatient department) โดยการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพ และมีพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้บริการบำบัดอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เกิดความปลอดภัย สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้นานตามศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยยา เช่น ยากลุ่มช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม ยากลุ่มบำบัดอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและยาอื่นๆทางกายตามอาการ เป็นต้น

คลินิกสราญใจให้การดูแลผู้ป่วย และดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีกิจกรรม (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2561) ดังนี้

1) กิจกรรมการเสริมสร้างทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการให้ดูวิดีโอ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ร่วมด้วยกับการสะท้อนความรู้สึกร่วมของผู้ดูแล ร่วมด้วยการฝึกทักษะของผู้ดูแลพร้อมทั้งเสริมความรู้เรื่องปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

2) เสริมสร้างสุขภาพของผู้ดูแลโดยการใช้ายยืนออกกำลังกาย ร่วมด้วยการดูแลจิตใจ การฝึกสมาธิ เป็นต้น

3) ฝึกการดูแลปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น อาการกระสับกระส่าย อาการชอบคันของ สวมของ เต้นเร่ร้อน ทำอะไรซ้ำๆ เป็นต้น

4) ฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดย ช่วยในการเคลื่อนไหว การขับถ่าย การทำความสะอาด การรับประทานอาหาร

คลินิกสูงอายุจะให้บริการในการรักษาโดยมีแนวทาง ดังนี้ บริการ คัดกรองเบื้องต้น ประเมินอาการ การซักประวัติ บำบัดทางการแพทย์ บริการยาเดิม บริการส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ และบริการ นวัตกรรมต่อเนื่อง การให้บริการผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

- ระยะก่อนตรวจรักษาบุคลากรต้อนรับผู้รับบริการ สอบถามความต้องการ แนะนำให้ข้อมูล จำแนกประเภทผู้ป่วย บันทึกประวัติผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ประเมินอาการผู้ป่วย ซักประวัติการเจ็บป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์การ จำแนกผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยนอก ใช้แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q), Activity of Daily Living (ADL) ให้การบำบัดตามสภาพปัญหา และความต้องการ เช่น การแนะนำข้อมูล การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษา ครอบครัวบำบัด เป็นต้น ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา วินิจฉัย รักษาจากแพทย์

- ระยะตรวจรักษา พยาบาลเจ้าหน้าที่บริการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาในห้อง ตรวจโรค และเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยขณะรอรับการตรวจ

- ระยะหลังตรวจรักษา นวัตกรรมต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลในระบบนัด แนะนำการปฏิบัติตัวนำ เอกสารที่ต้องมาก่อนรับบริการครั้งต่อไป และบันทึกข้อมูลส่งต่อกลุ่มงานเภสัชกรรม การส่งให้รับยา ในโรงพยาบาลใกล้บ้าน แนะนำข้อมูลการรับบริการ และบันทึกข้อมูลส่งต่อ งานจิตเวชชุมชน การส่ง รับการรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแนะนำข้อมูลการรับบริการ และบันทึกข้อมูลส่งต่อ ศูนย์ส่งต่อ (Refer Center) การรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล แนะนำข้อมูลการรับบริการ บันทึก ข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยพร้อมญาติให้ศูนย์บริการหลังจำหน่ายติดตามนัด

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการพฤติกรรมและจิตใจโดยระบบผู้ป่วยใน ให้การดูแล รักษาโดยการใช้ยาควบคู่กับการบำบัดอาการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม กิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น การบำบัดโดยการระลึกถึงความหลัง การนวดเท้าด้วยลูกแก้ว การออกกำลังกายประสาทมัสสึส สุขคนบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด สวนบำบัด การบำบัดด้วยสัตว์เลี้ยง การ บำบัดด้วยแสงสว่าง การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม และให้การดูแลเกี่ยวกับ dementia with behavioral and psychological symptoms เป็นต้น ให้การดูแลโดยทีม สหวิชาชีพ คือ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยาคลินิก และนักสังคมสงเคราะห์ โดยแบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ (Active phase) และระยะ (Maintenance phase) (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2562)

1. Active phase (45 วัน) แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ

- Initial phase (0-14 วัน) การดูแลในระยะเริ่มแรก คือ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการพฤติกรรมและจิตใจระดับรุนแรง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีการสัมภาษณ์ประวัติจากผู้ป่วยและญาติ ประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทุกวัน ประเมินเฝ้าระวังอุบัติเหตุ อาการข้างเคียงจากยา ภาวะพลัดตกหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้การช่วยเหลือ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจจะเกิดขึ้น วางแผนและให้ Psychosocial interventions ตามสภาพปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและแผนการรักษา ประสานทีมร่วมวางแผนการดูแล

- Interim phase (15-28 วัน) การดูแลในระยะกลาง คือ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการพฤติกรรมและจิตใจลดลง สามารถฟื้นฟูได้ ซึ่งต้องเฝ้าระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ กิจกรรมการดูแลประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เฝ้าระวังอุบัติเหตุ เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เฝ้าระวังภาวะพลัดตกหกล้ม ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้การช่วยเหลือ ทำ Psychosocial interventions ตามสภาพปัญหา กระบวนการบำบัดต่าง ๆ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ประเมินอาการและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา และจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้ความรู้ญาติเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

- Pre-discharge phase (29-45 วัน) การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย คือ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการพฤติกรรมและจิตใจในระยะฟื้นฟู และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน กิจกรรมการดูแล ประเมินระดับความรุนแรงของโรคก่อนจำหน่าย ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการปฏิบัติ basic self care ให้ Psychosocial interventions ตามข้อบ่งชี้ต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ให้ความรู้ญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

2. Maintenance phase (หลังจำหน่าย - 1ปี) การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการพฤติกรรมและจิตใจหลังจำหน่ายเพื่อคงสภาพความสามารถในการดูแลตนเอง และชะลอความเสื่อมของสมอง กิจกรรมการดูแล ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้ Psychosocial interventions ตามข้อบ่งชี้และสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ประเมินภาวะของญาติในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการปัญหาขณะอยู่ในชุมชน แนะนำแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุนในชุมชน

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ความไม่สุขสบายและความยากลำบากในการดูแลและส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมรวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีความผิดปกติทางสมอง ด้านความคิด ความจำ การรับรู้ และพฤติกรรมร่วมกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เช่น ก้าวร้าวรุนแรง การต่อต้าน หรือควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นต้น ร่วมกับปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรืออารมณ์เศร้า เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดภาระการดูแลผู้ป่วยพบว่ามี 3 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดภาระของผู้ดูแลของ มอนต์โกเมอรี กอนเยีย และโฮย์แมน (Mongomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

มอนต์โกเมอรี กอนเยีย และโฮย์แมน (Mongomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) กล่าวว่าภาระของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (Objective burden) ภาระที่เป็นรูปธรรม คือ ผลกระทบของการดูแลที่มีต่อครอบครัวที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ความตึงเครียดทางการเงิน การเกิดปัญหาในชีวิตครอบครัว การถูกจำกัดการใช้ชีวิตในสังคม และการทำงาน รวมทั้งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การพักผ่อนในยามว่างของครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน 2) ภาวะเชิงปรนัย (Subjective burden) ภาระตามการรับรู้ คือปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อประสบการณ์การดูแลภายในตัวเองและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกสูญเสีย ความกลัว วิตกกังวลและความลำบาก (Mongomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

2. แนวคิดของโอเวิสต์และคณะ (Oberst , Hugher, Charg, & Mccubbin, 1991) โอเวิสต์และคณะ (1991) กล่าวว่า ภาระการดูแล เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้เวลา และความยากลำบากในการดูแลของบุคคล ที่ต้องไปดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อความต้องการใช้เวลาและความยากลำบากมีความมากขึ้นแตกต่างกัน ร่วมกับการมองลักษณะของกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน และต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้น รวมทั้งลักษณะปัจจัยพื้นฐานของบุคคลและการรับรู้ศักยภาพในการดูแลที่มีความแตกต่าง ย่อมส่งผลให้เกิดภาระการดูแล เป็นการรับรู้ หรือความรู้สึกของบุคคลในสถานการณ์การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การใช้เวลาในการดูแล หรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล (objective burden) ประกอบด้วย 3 ด้าน (1) ด้านการดูแลทั่วไป (2) ด้านการดูแลระหว่างบุคคลและ (3) ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (ปิติพร สิริทาการ และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) 2) ความยากลำบากในการให้การดูแลหรือความพยายามที่ใช้ในการดูแล (subjective burden) ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคลและการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคมประกอบด้วย 3 ด้าน (1) ด้านการดูแลทั่วไป (2) ด้านการดูแลระหว่างบุคคลและ (3) ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (ปิติพร สิริทาการ และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)

3. แนวคิดของซาริต รีเวอร์และบิช (Zarit, Reever, & Bach, 1980) ซาริตและคณะ (Zarit, Reever, & Bach, 1980) กล่าวว่าภาระ เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ดูแล ซึ่งสามารถวัดได้จากความรู้สึกไม่สุขสบาย ในด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแล ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านความต้องการในการดูแลและผลกระทบทางสังคมต่อผู้ดูแล ประกอบด้วย การพึ่งพา สังคมได้รับความเดือดร้อน มีความคาดหวังและคิดว่าเป็นบุคคลเดียวที่สามารถพึ่งพาได้ ขอความช่วยเหลือมากกว่าที่ต้องการ เวลาที่ใช้กับญาติไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง ไม่มีความเป็นส่วนตัว รู้สึกเครียดระหว่างการดูแลญาติและพยายามที่จะพบกับความรับผิดชอบอื่น รู้สึกอภัยกับพฤติกรรมของญาติ กลัวว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรต่อญาติ 2) ด้านความมั่นใจหรือควบคุมสถานการณ์ ประกอบด้วย รู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับการมีเพื่อนมากกว่าเพราะญาติ รู้สึกว่าได้สูญเสียเวลาความเป็นส่วนตัวตั้งแต่การป่วยของญาติ รู้สึกว่าไม่มีเงินเพียงพอที่จะสนับสนุนญาตินอกเหนือจากค่าใช้จ่ายที่เหลือ คุณหวัง

ว่าคุณจะสามารถดูแลญาติของคุณกับคนอื่น คุณรู้สึกว่าคุณจะไม่สามารถดูแลญาติของคุณได้นานมาก 3) ด้านผลกระทบทางจิตวิทยาต่อผู้ดูแล ประกอบด้วย รู้สึกโกรธเมื่ออยู่ใกล้ญาติ รู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำเกี่ยวกับญาติ ความรู้สึกโดยรวมในการดูแลญาติ รู้สึกเครียดหรือไม่เมื่ออยู่ใกล้ญาติ รู้สึกว่าสุขภาพของคุณไม่ดีเนื่องจากการดูแลญาติ รู้สึกว่าญาติของคุณส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคุณกับสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนคนอื่น ๆ ในทางลบ 4) ด้านความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแล ประกอบด้วย รู้สึกว่าคุณควรจะทำเพื่อญาติของคุณมากขึ้น รู้สึกว่าคุณสามารถทำงานได้ดีขึ้นในการดูแลญาติ (Zarit, Reever, & Bach, 1980)

โดยสรุป การวิเคราะห์แนวคิดของภาระการดูแล ดังตาราง 2

ตาราง 2

การวิเคราะห์แนวคิดของภาระการดูแล

แนวคิด	องค์ประกอบของแนวคิด	วิเคราะห์แนวคิด
1. มอนต์โกเมอรี กอนเยียและโฮย์แมม (Mongomery, Gonyea,& Hooyman, 1985)	ภาระของญาติผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ภาระที่เป็นรูปธรรม คือลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) ภาระตามการรับรู้ คือ ความรู้สึกปฏิกิริยาตอบสนองอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลภาระการดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ	สำหรับแนวคิดของแนวคิดของ มอนต์โกเมอรี กอนเยีย และโฮย์แมม เน้นการรับรู้และความรู้สึกเดือดร้อนของผู้ดูแลที่แสดงออกถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ภาระการดูแลเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางกิจกรรม หรือแทนทั้งหมดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วย เกิดความยุ่งยาก ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความกดดัน เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล
2.โอเบิสร์และคณะ (Oberst , Hugher,Charg,& Mccubbin, 1991)	1) ความต้องการใช้เวลาในการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล (Objective burden) 2) ความยากลำบากในการให้การดูแลหรือความพยายามที่ใช้ในการดูแล (Subjective burden)	แนวคิดของโอเวิสร์ เน้นในเรื่องของการใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแล และในแต่ละด้านยังกล่าวถึงการดูแลทั่วไป การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลด้านสุขภาพเป็นเรื่องหลักๆและด้านความต้องการใช้เวลาและความยากลำบากแยกส่วนกัน ไม่ได้รวมเป็นภาพรวมของภาระการดูแล
3.ซาริส รีเวอร์และบีส (Zarit, Reeve,& Bach, 1980)	ภาระการดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการในการดูแลและผลกระทบทางสังคมต่อผู้ดูแล 2) ด้านความมั่นใจหรือควบคุมสถานการณ์ 3) ด้านผลกระทบทางจิตวิทยาต่อผู้ดูแลและ 4) ด้านความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแล	สำหรับแนวคิด Zarit เน้นด้านอารมณ์ ความรู้สึก ส่วนใหญ่ครอบคลุมประเด็น เนื่องจากแต่ละแนวคิดจะมีจุดเด่นและความครอบคลุมที่แตกต่างกันสำหรับการศึกษานี้เลือกใช้แนวคิดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเลียมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จึงใช้แบบประเมินของ Zarit และคณะ

โดยสรุปแนวคิดในการศึกษาเรื่องภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มี 4 ด้าน คือ ด้านความต้องการในการดูแลและผลกระทบทางสังคมต่อผู้ดูแล ด้านความมั่นใจหรือควบคุมสถานการณ์ ด้านผลกระทบทางจิตวิทยาต่อผู้ดูแล และด้านความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแล สำหรับการวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะผู้ดูแลของชาร์ลส์ รีเวอร์ และปีส เนื่องจากแนวคิดนี้ครอบคลุมในด้านต่างๆของผู้ดูแลทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึกภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล

ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจส่วนใหญ่มี ดังนี้

1. ความรู้สึกเป็นภาระทางด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คือ ความเครียด ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า ดังนี้ (1) ความเครียด การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ดุซกวี อุดมอิทธิพงศ์ และอัญชุลี เตมียะประดิษฐ์, 2558) คือ การดูแลผู้ป่วยที่พึ่งพากระยะยาวเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกโดดเดี่ยวโดยเฉพาะภาวะเครียดเป็นผลกระทบหลักด้านอารมณ์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่เกิดจากข้อจำกัดของความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค อัตราความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลจะพบมากขึ้นเมื่อให้การดูแลเป็นระยะเวลายาวนานติดต่อกัน ซึ่งขาดความเป็นส่วนตัวต่อเนื่องผลที่ตามมาพบว่าผู้ดูแลไม่อยากจะดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อ (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) (2) ความวิตกกังวล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนานยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ อารมณ์วิตกกังวล พบเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ดูแล ซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ วิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ (ดุซกวี อุดมอิทธิพงศ์ และอัญชุลี เตมียะประดิษฐ์, 2558) (3) ภาวะซึมเศร้า พบเกือบ 1 ใน 4 ของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกสงสาร ท้อแท้เหนื่อยใจ ร้องไห้คิดอยากหนีออกจากบ้าน (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) อารมณ์เศร้าบางครั้งรุนแรงมากจนพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกคิดฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 50 ของผู้ดูแลที่ต้องอดทนกับอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติของ ผู้สูงอายุที่บางครั้งทำร้ายผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสาร มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย และรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และพบว่าผู้ดูแลถูกผู้สูงอายุ ทำร้ายร้อยละ 8 (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลจะยิ่งทำให้รู้สึกเป็นภาระมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง หรืออยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี หรือมีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 35.34 (ภาวดี เหมทานนท์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562)

2. สุขภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นงานหนักส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตมีเวลาสำหรับส่วนตัวครอบครัวและสังคมน้อย (ดุซกวี อุดมอิทธิพงศ์ และอัญชุลี เตมียะประดิษฐ์, 2558) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนานที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ขาดโอกาสพักผ่อนส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรังมีอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดเอว มากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแล จากการดูแลบางกิจกรรมที่ต้องยกตัวของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย มีปัญหาการนอนหลับมากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแล ทำให้ไม่ได้พักผ่อน นอนไม่หลับ มีอาการเวียนศีรษะ และพบว่า ผู้ดูแลเกือบร้อยละ 5

มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ส่วนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผลกระทบด้านร่างกายพบมากในช่วงระยะที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมรุนแรง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าร่างกาย พบมากกว่าครึ่งหนึ่ง และมีปัญหาการนอนหลับ พบเกือบ 1 ใน 5 ส่วนช่วงระยะที่มีอาการรุนแรงพบว่าทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8 (ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556)

3. ภาระค่าใช้จ่ายการดูแลของผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประมาณ ร้อยละ 8 ต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเต็ม ผู้ดูแลลาออกจากงาน มากถึงร้อยละ 11 เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแล (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) และพบว่าภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าอุปกรณ์การดูแล และอาหาร มีจำนวนสูงกว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองขาดเลือด (ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภาระการดูแลร้อยละ 89.5 และผู้ที่ไม่มียาได้มีภาระการดูแลร้อยละ 88.9 (สาธิตา แรกค่านวนและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555)

4. กิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนที่ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคมและทำให้เกิด ความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง พบว่าผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง เกือบ 1 ใน 3 กิจกรรมทางสังคมลดลง ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การพบปะและทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและ สังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนา และขาดการพักผ่อน ถึง 1 ใน 3 นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลที่ขาดการสนับสนุนและถูกผลักภาระให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้เกือบร้อยละ 38 มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้าน สังคมมากที่สุดถึงร้อยละ 86 ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสทำกิจกรรมส่วนตัว (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556)

5. จำนวนชั่วโมงที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระที่สูงขึ้น ซึ่งโดยทั่วไป ผู้ดูแลที่บ้านใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เมื่ออาการดำเนินไปพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะมีความเครียดมากขึ้นจากหน้าที่และความรับผิดชอบที่มากขึ้นทั้งในเรื่องต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น (Moraes & Silva, 2009) ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวันซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลปฏิบัติกิจกรรมอย่างเดิมทุกวันเป็นงานที่ต้องทำเต็มเวลาตลอดทั้งวัน จากภาระความรับผิดชอบที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเข้าสังคม ถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเกือบทั้งหมด ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองมีชีวิตที่ไม่ดี (ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2561) ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความยากลำบากในการดูแลมากกว่าการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คือ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ และสำหรับกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความยากลำบากในการดูแล คือ การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำและการดูแลให้พักผ่อน (พิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)

แบบประเมินภาระของผู้ดูแล

การประเมินภาระของผู้ดูแลสามารถประเมินได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของ Zarit (Zarit Burden Interview, ZBI) ซึ่งแปลโดย วารีย์ กิจใจ, อรรวรรณ แผนคง และรัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, (2547) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 22 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนนและการแปลผล โดยแบ่งเป็นไม่มีภาระการดูแลกับมีภาระการดูแล โดยระดับคะแนนที่ไม่มีภาระการดูแล คือ 0 – 20 คะแนน ส่วนระดับคะแนนที่มีภาระการดูแล คือมีค่าคะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน ดังนี้ 0 - 20 คะแนน หมายถึงไม่มีภาระการดูแล 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลรุนแรง ความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและตรวจสอบหาความเที่ยงของข้อมูลโดย อรรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2559) มีการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 22 ราย มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87

1.2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่แปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีความพิการต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ดูแลของซาริต และคณะ (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) ประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

1.3 แบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory (CBI) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา (time dependence burden) จำนวน 5 ข้อ ด้านพัฒนาการ (developmental burden) จำนวน 5 ข้อ ด้านร่างกาย (physical burden) จำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม (social burden) จำนวน 5 ข้อ และด้านอารมณ์ (emotional burden) จำนวน 5 ข้อรวมทั้งสิ้น 24 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนนโดยในแต่ละคำถามจะให้ผู้เลือกคำตอบที่บอกถึงความรู้สึกของผู้ตอบในปริมาณมากน้อยตามคะแนน ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเกิดเป็นประจำสม่ำเสมอ 3 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเกิดเป็นส่วนมาก 2 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเกิดและไม่เกิดใกล้เคียงกัน 1 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเกิดขึ้นน้อยครั้ง และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเกิดขึ้น

2. แบบสอบถามของผู้ดูแล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลของซาริต (Zarit Burden Interview : ZBI) (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) เป็นแบบประเมินภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งคำถามที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ ความยากลำบาก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของ

ผู้ดูแล ตามการรับรู้ของผู้ดูแลทั้ง 4 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 - 88 คะแนน โดยคะแนนที่สูงหมายถึงภาระที่สูง

แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของซาริต (Zarit burden interview : ZBI) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัง (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ โดยประเมินความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตของผู้ดูแล ตามการรับรู้ของผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของซาริต (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทยได้นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 501 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92

2.2 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดของ (Montgomery, 1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .96 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของซาริต (Zarit burden interview : ZBI) (Zarit et al., 1986 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัง (2554) เนื่องจากแบบวัดนี้ เป็นการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้วัดภาระในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Zarit et al., 1980) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในครั้งนี้และแบบวัดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ซาริต (Zarit Burden Interview) มีความเป็นสากล และใช้วัดภาระของผู้ดูแลอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยตรง แต่พบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบภาพรวม โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับผลกระทบใน 4 ด้าน คือ ด้านเวลา ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ

1. ด้านเวลา จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในด้านเวลามากที่สุดเนื่องจากผู้เป็นสมองเสื่อมจะมีความเสื่อมและถดถอยทั้งด้านความจำและสติปัญญา รวมทั้งด้านพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตลอดเวลาจนทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาที่จะดูแลตนเอง ไม่มีเวลาไปพบใคร (พาวูตมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556)

2. ด้านอารมณ์ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นได้บ่อย เนื่องจากภาวะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นค่อนข้างมาก เพราะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา อีกทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วม โดยมักมีพฤติกรรม อารมณ์ หรือการแสดงออกที่เป็นปัญหาซึ่งลักษณะอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีทั้งอาการด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์หงุดหงิด โกรธ อาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน อาการด้านพฤติกรรมเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมทำในสิ่งที่ไม่ถูกใจ หรือรู้สึกอายนั้เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ ทำให้มีภาวะซึมเศร้า เครียด นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกผิด หากต้องละทิ้งผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้ หรือรู้สึกผิดเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมเสียชีวิตและยังพบว่าผู้ดูแล อาจมีการแสดงออกอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย

จากการศึกษาของ พาวูมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) และผลการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2558) พบว่าผลกระทบด้านอารมณ์ พบได้น้อย อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรม ค่านิยมที่สังคมกำหนดว่าควรดูแลบิดามารดา เพราะถือเป็นสัญลักษณ์ของความกตัญญู จึงอาจทำให้ผู้ดูแลบางรายไม่กล้าจะแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกและหากยังแสดงออกอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดการต่อต้านมากยิ่งขึ้น ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดจากภาวะการดูแลที่หนักและวิตกกังวลจากการเผชิญปัญหากับกลุ่มอาการที่ไม่แน่นอนจากผู้สูงอายุ การพักผ่อนไม่เป็นเวลาทำให้หงุดหงิดและโมโหง่าย และผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ยังทำให้การทำหน้าที่อื่นของญาติผู้ดูแลลดลง ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากจะดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มนี้ตามมาด้วย ผู้ดูแลจะรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมีภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องกลายเป็นคนแปลกหน้าทั้งที่เป็นญาติที่ตนเคยรู้จักมักคุ้น (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพบภาวะวิตกกังวล เหนื่อยหน่าย เครียด ท้อแท้ อ้างว้าง สิ้นหวัง และซึมเศร้า จากการที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งการที่ต้องคอยดูแล หรือควบคุมพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสม จนกระทั่งผู้ดูแลบางรายมีความคิดที่อยากจะทำร้ายตนเอง ไม่อยากที่จะมีชีวิตอีกต่อไป การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ระดับสูงเนื่องจากต้องให้การดูแลตลอดทั้งวัน และเมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งมีผลกระทบที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 60 เกิดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, อัจฉรา อุไรเลิศ, เนตรดาว ชัชวาล และศุภรันยา เทพนิมิต, 2562)

3. ด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันโดยปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น (1) ปวดหลัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลังปวดเมื่อยตามตัวร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเองและปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าเป็นที่ผู้ดูแลรับไว้ นั้นนับวันยิ่งมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น (2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน (พาวูมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) และ (3) ปัญหาทางสุขภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา และสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้

การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายภาระหลักจะตกอยู่กับญาติผู้ดูแลเพราะผู้สูงอายุบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลทุกกิจกรรมในระยะยาว ผู้ดูแลจะเกิดอาการเหนื่อยล้า มีภาวะเบื่ออาหาร การทำงานของระบบฮอร์โมนลดลง กล้ามเนื้อตึงเครียด ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น บางรายมีอาการหัวใจกำเริบบ่อยขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านสุขภาพกาย ได้แก่ โรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิมมีอาการกำเริบบ่อยๆ เช่น โรคกระเพาะอาหารนอนไม่หลับและอ่อนเพลีย

4. ด้านสังคมเศรษฐกิจผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ (1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา (ชยตรา สุทธิลักษณ์, อัจฉรา อุไรเลิศ, เนตรดาว ชัชวาล และศุภรณ์ยา เทพนิมิต, 2562) (2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย (3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการดูแลเหล่านี้อาจมีมาน้อยแตกต่างกันตามอาการเจ็บป่วยและประเภทของโรค เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลจะเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ของแต่ละวันเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปญาติผู้ดูแลมักมีบทบาทการงานเดิมในสังคม รวมถึงการเป็นคู่สมรส บิดา มารดาด้วย และเมื่อต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทเดิมอย่างเลี่ยงไม่ได้ (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายทั้งค่ายา ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ดูแลบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและการมีรายได้ เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดทางด้านค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาที่จะเอาใจใส่ดูแลตนเอง ไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาผ่อนคลาย สำหรับด้านอารมณ์ รู้สึกเครียด อารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด หรือเศร้าหมอง ด้านสุขภาพเกิดปัญหาร่างกายอ่อนแอ เหนื่อยล้า และด้านสังคมเศรษฐกิจอาจไม่มีเวลาเข้าสังคม มีเวลาน้อยลงต้องใช้เวลามาดูแลผู้ป่วยมากขึ้นบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้มีปัญหาเศรษฐกิจตามมาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมี ดังนี้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหากับผู้ป่วย (BPSD) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า อายุ อาชีพ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

ตาราง 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย

ด้านผู้ดูแล	ด้านผู้ป่วย
<p>1) เพศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับภาวะของผู้ดูแล ($\beta=0.025$, $p > .05$) (พาวตุมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) <p>2) อายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุมีความสัมพันธ์ กับภาวะผู้ดูแล โดยพบว่า อายุ 41 ปีขึ้นไปมีภาวะการดูแลร้อยละ 75.4 ($\chi^2 = 4.61$, $p = 0.032$) (สาธิตา แรกคำนวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) - อายุมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับภาวะของผู้ดูแล ($\beta =0.230$, $p > .05$) (พาวตุมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) - อายุของผู้ดูแลอยู่ในระดับมากเพิ่มความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ($R^2=.471$, $p=.001$) (ภาวดี เหมทานนท์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562) <p>3) อาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 89.5 มีภาวะการดูแล ($\chi^2 = 4.76 = 0.029$) (สาธิตา แรกคำนวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) 	<p>1) เพศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพศเป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแล ($\beta=0.37$, $p =0.012$) (Wan-Yuen, Wah-Yun Low, Razali Karina, PJH Poli, Esther Ebenezer, MJ prince, 2003) <p>2) อายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุผู้ป่วย 80 ปี ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล ($\chi^2 = 4.73$, $p=0.03$) (สาธิตา แรกคำนวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) <p>3) การศึกษาเป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแล ($\beta=0.500$, $p =0.001$) (Wan-Yuen Choo, Wah-Yun Low, Razali Karina, PJH Poli, Esther Ebenezer, MJ prince, 2003)</p> <p>ภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.28$, $p=0.05$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)</p> <p>3) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (BPSD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรม BPSD ของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.28$, $p=0.05$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)

ตาราง 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย (ต่อ)

ด้านผู้ดูแล	ด้านผู้ป่วย
<p>4) รายได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 88.9 มีภาวะการดูแล ($x^2 = 4.20$ $p = 0.040$) (สาธิตา แรกค่านวณ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555) - รายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับภาวะผู้ดูแล ($\beta = 0.216$, $p > .05$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) <p>5) ระดับการศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับกลางกับภาวะผู้ดูแล ($\beta = 0.311$, $p > .05$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) <p>6) สถานภาพสมรส</p> <ul style="list-style-type: none"> - สถานภาพแต่งงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับภาวะของผู้ดูแล ($\beta = 0.276$, $p < 0.01$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) <p>7) สุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับภาวะผู้ดูแล ($\beta = 0.166$, $p > .05$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) <p>8) การเผชิญปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบวิธีการหลีกเลี่ยงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแบบอัตนัย (subjective burden) (Zucchella, Bartolo, Pasotti, Chiapella, & Sinforiani, 2012) 	<p>4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สาธิตา แรกค่านวณ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555)</p> <p>5) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแล ($\beta = 0.49$, $p < 0.01$) (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ($r = -0.25$, $p = 0.018$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแล ($\beta = -0.172$, $p < 0.05$) (Nurain, Halimatus, Nor, Norliza, Tengku & Hafiz, 2023) <p>6) การทำงานของสมอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานของสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลที่สูงขึ้น ($p < 0.001$) (Kang, Myung, Na, Kim, Lee, Han, Choi, & Kim, 2014) <p>7) ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะคิดที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดี โดยทักษะคิดเป็นปัจจัยทำนายภาวะผู้ดูแล ($R^2 = .631$, $p < .001$) (เสาวนีย์ คงนรินทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนัดดา แนบเกษร 2561)

ตาราง 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย (ต่อ)

ด้านผู้ดูแล	ด้านผู้ป่วย
<p>9) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่น้อยกว่าจะมีภาระการดูแลที่มากกว่า ($t = -5.78, p = 0.000$) (Tornatore, 2002)</p> <p>10) จำนวนชั่วโมงในการดูแลในแต่ละวัน จำนวนระยะเวลาในการดูแลต่อวัน เพิ่มมากขึ้นโดยระยะเวลาในการดูแลแต่ละวันทำนายภาระของผู้ดูแล ($R^2 = .471, p = .001$) (ภาวดี เหมทานนท์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562)</p> <p>11) การสนับสนุนทางสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมมีระดับความสัมพันธ์ปานกลางและผกผันกับภาระของผู้ดูแล ($r = -.40$) (Shurgot & Knight, 2005) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลทางลบระดับปานกลาง (Shurgot & Knight, 2005) - การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ($\chi^2 = 3.611, p = 0.05$) (Wan-Yuen Choo, Wah-Yun Low, Razali Karina, PJH Poli, Esther Ebenezer, MJ prince, 2003) 	<ul style="list-style-type: none"> - มุมมองเชิงบวก สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่ามุมมองเชิงบวกต่อการดูแลอยู่ในระดับสูง ($R^2 = .46, p = 0.001$) (ภาวดี เหมทานนท์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562) - ทศนคติเชิงบวกสัมพันธ์ทางลบกับภาระ ($\beta = -0.14, p = 0.26$) (Chiara Zucchella, Michelangelo Bartolo, Chiara Pasotti, Laura Chiapella and Elena Sinforiani, 2012)

ตาราง 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย (ต่อ)

ด้านผู้ดูแล	ด้านผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none">- การรับผิดชอบของพี่น้องในการดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะ ($P=0.05$) (Wan-Yuen Choo, Wah-Yun Low, Razali Karina, PJH Poli, Esther Ebenezer, MJ prince, 2003)- การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะ ($\beta =0.033$, $p=0.76$) (Chiara Zucchella, Michelangelo Bartolo, Chiara Pasotti, Laura Chiapella and Elena Sinforiani, 2012)	
12) ภาวะซึมเศร้า	
<ul style="list-style-type: none">- ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะของผู้ดูแล ($r=-.847$, $p < .01$) (ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง และภารดี นานาศิลป์, 2561)- ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\beta =.368$, $p < 0.01$) (ภาวดี เหมทานนท์, กิตติพร เนาวีสุวรรณ, 2562)	

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมละจิตใจ โดยมีปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงานของสมอง เนื่องจากผลการวิจัยที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ และมีศึกษาปัจจัยทำนายยังน้อยอยู่ ส่วนด้านผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ศึกษาด้านการเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ และผลการศึกษายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำงานของสมอง

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จากประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล มีคะแนน ส่วนใหญ่มากกว่าเท่ากับ 12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 48.9 และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติ ผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 72.7 พบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับน้อยกับความรู้สึกเป็นภาระ ($r = -.025$, $p < 0.05$) (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง และการที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย พบว่า การดูแลผู้ป่วย ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองร้อยละ 59.1 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (พาวดี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556)

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษาแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินที่วัดโดยผู้ดูแล ได้แก่

1. แบบสอบถาม ดัชนีบาร์เทล (The Barthel Index) ที่สร้างขึ้นโดยมาร์โธนี และบาร์เทล (Barthel, 1965) เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพรวม 10 ด้าน จำนวน 10 ข้อประกอบด้วย 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแต่ละด้าน มีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0-2 คะแนน คะแนนเต็ม 40 คะแนน ได้ค่า Interrater reliability เท่ากับ 0.85

2. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้ดัชนีจุฬาเอทีแอล (Chula Activities Daily Living Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546) ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามโดยแบ่งออกเป็นด้านได้ 10 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด

3) การใช้ห้องสุขา 4) การอาบน้ำ 5) การสวมใส่เสื้อผ้า 6) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ 7) การกลั่นอุจจาระ 8) การกลั่นการถ่ายปัสสาวะ 9) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ 10) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 11) และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น รวม 20 คะแนน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา content validity index เท่ากับ 0.73 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel ADL หรือ BAI) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลายและเป็นเครื่องมือมาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว มีความเหมาะสม และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง 0.85 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การทำงานของสมองผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสมองที่สัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล พบว่าการทำงานของสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการทางระบบประสาทกับภาวะของผู้ดูแล ($p < 0.001$) และปัญหาด้านความจำ ($p = 0.022$) ของผู้ป่วย (Hayashi, Terada, Nagao, Ikeda, Shindo, Oshima, Yokota, & Uchitomi, 2013) การทำงานของสมองที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะของผู้ดูแลที่สูงขึ้น $p < 0.0001$ (Kang, Myung, Na, Kim, Lee, Han, Choi, & Kim, 2014)

แบบประเมินการทำงานของสมอง

จากการศึกษาแบบประเมินการทำงานของสมอง มีดังนี้

1. แบบประเมินการทำงานของสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 29 ข้อ มี 11 ด้าน คือ 1) Orientation for time ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาปัจจุบัน 2) Orientation for place ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน 3) Registration ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อ 3 อย่าง 4) Attention / Calculation ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ 5) Recall ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ที่จำได้ไว้แล้ว 6) Naming ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น 7) Repetition ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน 8) Verbal Command ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง 9) Written command ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ 10) Writing ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย 11) Vasoconstriction ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตากับมือ คุณภาพของเครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีการแปลและทดสอบความแม่นยำใน หลายประเทศ หลายภาษา มีความไวร้อยละ 80 และความจำเพาะร้อยละ 86 และใช้สำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตาม MMSE มีข้อจำกัด คือ มี ceiling effect ในผู้ที่อายุ ค่อนข้างน้อย การศึกษาสูงหรือมีความผิดปกติ เพียงเล็กน้อยไม่ไวต่อการทดสอบ frontal/ subcortical change ซึ่งพบในผู้ป่วย subcortical dementia เช่น สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด สมอง หรือสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นต้น และไม่สามารถแยกการรู้คิดบกพร่อง (Mild Cognitive Impairment) ออกจากภาวะสมองเสื่อมได้ และเป็นเครื่องมือที่ขึ้นกับระดับการศึกษาและภาษาอย่างมาก

2. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) แบบทดสอบสภาพสมองของไทยเป็นแบบคัดกรอง (Screening test) เพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไป นำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือในคลินิก พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โดยจะวัดตัวแปรสมรรถภาพทางสมองทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (Language) และ ด้านความจำเฉพาะหน้า (Recall) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) คะแนนเต็ม 30 คะแนนและมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคสมองเสื่อม ที่ค่าคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน โดยแบ่งความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมตามคะแนน TMSE เป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลางและมาก

3. แบบทดสอบประเมินภาวะสมองเสื่อม MoCa – Cognitive Assessment ทำสอบความจำ มิติสัมพันธ์ การวางแผน ความใส่ใจ ภาษา การรู้สถานที่ บุคคล ประกอบด้วย 9 ด้าน 11 กิจกรรม คือ 1) ความตั้งใจ (Attention) 2) สมาธิ (Concentration) 3) การบริหารจัดการ (Executive Function) 4) ความจำ (Memory) 5) ภาษา (Language) 6) มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) 7) ความคิดรวบยอด (Conceptual Thinking) 8) การคิดคำนวณ (Calculation) และ 9) การรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) เป็นเครื่องมือที่มีความไวในการแยกผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการรู้คิด (Mild Cognitive Impairment) และผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ) และมีความจำเพาะในการแยกคนปกติ ร้อยละ 87 จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการรู้คิดแยกออกจากคนปกติและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทั่วไป อาจพิจารณาการทดสอบ MoCA ดังนี้ ถ้าผู้สูงอายุ คิดว่าตนเองมีความบกพร่องของการรู้คิดและมีการลดลงของความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (functional decline) สามารถพิจารณา การทดสอบด้วย MMSE ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมสูง แต่ถ้าคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงพิจารณาการทดสอบ MoCA เนื่องจากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 100 มีความผิดปกติในการทดสอบ MoCA แต่ในผู้ป่วย ที่คิดว่ามีความบกพร่องด้านการรู้คิด อาจยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่เปลี่ยนแปลง จึงควรพิจารณาทำ MoCA ก่อน เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความบกพร่องของการรู้คิด หรือปกติ ซึ่ง MMSE ไม่สามารถตรวจแยกได้จาก การทดสอบดังกล่าว

4. แบบทดสอบ Wechsler Memory Scale (WSM-3) เพื่อประเมินความบกพร่องในเรื่องของความจำ (Dysfunction of memory) เป็นชุดแบบทดสอบรายบุคคลของการวัดเกี่ยวกับการเรียนรู้ ความจำและความจำด้วยการคิดกระทำ (Working memory) แบบทดสอบประกอบด้วย 11 แบบทดสอบย่อย (subtests) ได้แก่ แบบทดสอบพื้นฐานต้องทำให้ครบ 6 subtests (Primary subtests ประกอบด้วย Logical memory I and II, Verbal paired associated I and II Letter-number sequencing, Face I and II, Family pictures I and II, และ Spatial span) และแบบทดสอบที่ให้เลือกตอบได้ 5 subtests (Optional subtests ประกอบด้วย Information and orientation, Word lists I and II, Mental control, Digit span, และ Reproduction I and II) การแปลผลจะทำโดยแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์

สรุป การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ แบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) เนื่องจากเป็นแบบทดสอบการทำงานของสมองด้าน

ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ และอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและ เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นจำนวนมากและได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐานทั่วโลก และมีการนำมาปรับปรุงเพื่อใช้สำหรับกลุ่มคนไทย

ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ปัจจัยด้านผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม

1. การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับภาระผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า การเผชิญปัญหา แบบวิธีการหลีกเลี่ยงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาระแบบอัตนัย (subjective burden) $\beta=0.400827$, $p=0.000036$ (Zucchella, Bartolo, Pasotti, Chiapella, & Sinforiani, 2012) การศึกษาการเผชิญปัญหาและความรู้สึกและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลของญาติผู้สูงอายุ จากการทบทวนเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบพบว่า การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการอารมณ์ และการจัดการอารมณ์ทางอ้อม ปัญหาที่มุ่งเน้นอารมณ์ที่มุ่งเน้นวิธีการหลีกเลี่ยง แต่สิ่งที่น่าสนใจสำหรับการเผชิญปัญหาคือการหลีกเลี่ยง โดยพบว่าความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการเผชิญปัญหาการหลีกเลี่ยงและภาระส่วนตัวในผู้ดูแลที่บ้านของญาติผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความเป็นไปได้สูงที่การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหากับผู้ใกล้เกลี่ยหรือผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างภาระส่วนตัวและผลลัพธ์ของมันหรือการหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาต้องเผชิญกับภาระส่วนตัว ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการเผชิญปัญหา ในทั้งสองสถานการณ์การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงเป็นการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Pino-Casado, Osuna, Palomino-Moral, & Pancorbo-Hidalgo, 2011) การศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในผู้ดูแล พบว่าการจัดการปัญหาโดยให้ความสนใจเป็นวิธีการปรับให้เข้ากับบทบาท และความรับผิดชอบของการดูแลมีความสัมพันธ์ที่เป็นบวกมากขึ้น การเผชิญความเครียดแบบอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ดูแล วิธีการการมุ่งเน้นปัญหาได้รับประโยชน์มากที่สุดจากเทคนิคที่เน้นอารมณ์ นอกเหนือจากกลยุทธ์การเรียนรู้ในขณะที่ความคิดสามารถมองได้ว่าเป็นอิสระจากปัญหาและการรับมือกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องยอมรับว่ารูปแบบกลยุทธ์ไม่สามารถอยู่รวมกันได้ตลอดเวลา ต้องแยกจากกัน การรวมกันของปัญหาที่เน้นอารมณ์และกลยุทธ์ทางปัญญาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการรับมือกับแรงกดดัน (Hawken, Turner-Cobb, & Barnett, 2018)

แบบประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

จากการศึกษาแบบประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล มีดังนี้

1. แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale : JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) วิธีการแปลย้อนกลับ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน มีจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ 2) ด้านการจัดการจัดการกับอารมณ์จำนวน 9 ข้อ และ 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึก จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 36-180 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการเผชิญความเครียด ได้แก่ ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด ได้ 1 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดนานๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดบ่อยครั้ง ได้ 4 คะแนน และใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดเกือบทุกครั้งได้ 5 คะแนน การประเมินใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987) คือการเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกัน หาดด้วยจำนวนข้อคำถามด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านจะได้คะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้านซึ่งจะอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 และเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากแสดงว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .86

2. แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec Coping Scale : JCS) (Jalowiec, 1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา สุทธยากร (2531) มีจำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการ (Problem-focused Coping Method) มี 20 ข้อ 2) ด้านการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused Coping Method) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยการพยายามควบคุมอารมณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นมี 25 ข้อ การให้คะแนนและการแปลความหมาย แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดให้คะแนนแต่ละด้าน (รายข้อ) แบบมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert' scale) มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 40 ถึง 200 คะแนน การให้คะแนนในแต่ละวิธี ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ดังนี้ ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด 1 คะแนน ใช้วิธีนั้นนานๆ ครั้ง 2 คะแนน ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง 3 คะแนน ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ 4 คะแนน และใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง 5 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาค่าความเที่ยงมี 2 วิธี 1) การหาค่าความคงที่ (stability) ด้วยวิธีวัดซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้งฉบับ .79 ความเที่ยงของแบบวัดด้านวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ .85 และความเที่ยงของแบบวัดด้านวิธีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ .86 2) การหาความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) โดยวิธีการประเมินค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .86

3. แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS) (Jalowiec, 1988) มีข้อคำถาม 60 ข้อ โดยแบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเผชิญปัญหาโดยตรงมีจำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการหลีกเลี่ยงมีจำนวน 13 ข้อ 3) ด้านการมองในแง่ดีมีจำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการยอมจำนนมีจำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการแก้ไขควบคุมที่อารมณ์และความรู้สึกมีจำนวน 5 ข้อ 6) ด้านการบรรเทา มีจำนวน 7 ข้อ 7) ด้านการรับความเกือหนุนมีจำนวน 5 ข้อ 8) ด้านการพึ่งตนเองมีจำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0 ไม่เคยใช้ 1 คือ บางครั้ง 2 คือ เป็นบางครั้ง 3 คือ บ่อยครั้ง

สรุป การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ แบบประเมิน Jalowiec Coping Scale : JCS) เนื่องจากเป็นแบบประเมินการเผชิญปัญหาที่ครอบคลุมในด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก โดยเฉพาะด้านการจัดการกับอารมณ์ มีข้อคำถามครอบคลุมในการประเมินภาวะของผู้ดูแล

2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับภาวะผู้ดูแลจากการศึกษาเรื่องภาวะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วย เพื่อศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวหลังจากเกิด โรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องในสถานพยาบาล ใช้วิธีการศึกษาเชิงบริบทเพื่อศึกษาภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 276 ราย พบว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่มากจะมีภาวะการดูแลมาก ($t = -5.78, p = 0.000$) (Tomatore, 2002) การศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับภาวะการดูแล โดยการดูแลมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะมีระดับภาวะการดูแลมากกว่า ($p = 0.49$) (Moraes & Silva, 2009) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลสมองเสื่อม ที่เป็นปัญหาด้านผู้ป่วยเป็นปัญหาสากลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และภาวะพึ่งพาในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง

3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแล พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมมีระดับความสัมพันธ์ปานกลางและผกผันกับภาวะของผู้ดูแล $r = -.40$ (Shurgot & Knight, 2005) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยภาวะการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD=16.84) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ร้อยละ 63 ($R^2 = .631, F = 19.597, p < .001$) (เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559)

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีดังนี้

1. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวเนอร์ท (Personal Recourse Questionnaires: PQR) (Brandt & Weinert, 1981, อ้างใน เขียวภา บุญเที่ยง, 2545) เป็นแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างตามแนวคิดของไวส์ (Weiss) แบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 จำนวนและชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ

ส่วนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ และการได้รับความแนะนำและช่วยเหลือ ลักษณะของเครื่องมือนี้ เป็นแบบมาตราส่วน 7 ระดับ

2. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม(Social Support Questionnaire : SSQ) เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne,& Lazarus, 1981) แบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลานญาติพี่น้องเพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ

3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) แบบวัดประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Personal resource questionnaire part I) ของแบรนต์ และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985) อ้างใน ศิริินภา นันทพงษ์, 2542) ครอบคลุมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1-5 การได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 6-10 ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 11-15 ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น ประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อที่ 16-20 และด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อที่ 21-25 รวมทั้งหมด 25 ข้อ เป็นข้อคำถามในทางบวก 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale 7 อันดับ)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของ แบรนต์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985, อ้างในศิริินภา นันทพงษ์, 2542) โดยกำหนดแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่ง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆกันและอื่นๆโดยผู้ถูกประเมินสามารถเลือกแหล่ง สนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่ง ได้นำได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำมาทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคได้เท่ากับ .97

4. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของทีปประทีน สุขเขียว (2543) เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เนตรนภา คู่พันธ์วิ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของคอปป์ กับแนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ โดยประเมินความคิดเห็นหรือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน ด้านอารมณ์ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้นำได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำมาทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคได้เท่ากับ .86

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของศิริกานันนทพงษ์ (2542) ส่วนที่ 1 เนื่องจากเป็นแบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีการบกร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีอาการทางจิตประสาทคล้ายคลึงกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แบบประเมินจึงมีความเหมาะสม กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาในคั้งนี้

สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงของโรคปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเสื่อมที่จะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาที่ตามมาพร้อมกับภาวะสมองเสื่อม คือ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการ เป็นภาระสำหรับผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยลักษณะอาการและการแสดงออกของพฤติกรรมจะปรากฏทั้งด้านอารมณ์พฤติกรรมและอาการทางจิต ซึ่งอาการและพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลหากผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมเหล่านี้ หรือไม่มีความรู้ในการจัดการ ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้เป็นสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่เพียงลำพังได้ จึงทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลนั้นยิ่งเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน แม้ว่าลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยที่มองว่าการดูแลผู้ใหญ่ผู้นั้นถือเป็นสิ่งที่ต้งาม น่ายกย่อง แต่เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาซ้ำๆ จากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก็อาจทำให้ผู้ดูแล ไม่กล้าขอความช่วยเหลือหรือบอกเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับใคร หรือไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง หรือออกไปเที่ยวพักผ่อน จนทำให้เกิดความเครียดความกังวล นอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตลดลง และในที่สุดก็จะกลายเป็นภาระของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ของผู้ดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความต้องการในการดูแลและผลกระทบต่อสังคมต่อผู้ดูแล ด้านความมั่นใจหรือควบคุมสถานการณ์ ด้านผลกระทบต่อจิตวิทยาต่อผู้ดูแล และด้านความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแล แนวคิดของซาริส เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึก ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยสรุป 2 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานของสมอง ส่วนปัจจัยด้านตัวผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับให้การพยาบาลช่วยเหลือ ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อไป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 371 คน (ข้อมูล ณ เดือน มิถุนายน พ.ศ.2563) และผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD 10 (F00-F03, G30-G31) ที่พาผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ที่ได้รับการวินิจฉัย ICD 10 (F00-F03, G30-G31)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี ภรรยา น้อง บุตร หลาน หรือเป็นญาติ ของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและเป็นผู้ที่ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแล
2. ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 6 เดือน
3. สื่อสารโต้ตอบรู้เรื่อง สามารถฟัง พูด อ่าน ภาษาไทยได้
4. เป็นผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของทอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) อ้างตาม บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553) ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = 10k + 50$$

เมื่อ n หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา

สำหรับการศึกษานี้ มีตัวแปรอิสระ k ที่ต้องการศึกษา จำนวน 5 ตัวแปร ดังนั้น

$$\begin{aligned}\text{การคำนวณตามสูตร } n &= 10 (5) + 50 \\ &= 100 \text{ คน}\end{aligned}$$

ดังนั้น การเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10 % (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ในครั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 108 คน เนื่องจากมี missing data และไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษา และโรคทางกายอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม (Zarit Burden Interview, ZBI) โดยใช้แนวคิดของซาริต (Zarit, 1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุณฐิติ ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญและวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ โดยประเมินความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ดูแล ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ดังนี้

1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 และ 16

2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 11, 12, 13 และ 17

3) ความรู้สึกผิด (guilt) ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามคือข้อที่ 7, 8, 14, 15 และ 22 และ

4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามคือข้อที่ 19, 20, 21 และ 18 ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคย เกือบไม่เคย บางครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อย ๆ

เกณฑ์การให้คะแนน

บ่อย ๆ ใ้	4	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	3	คะแนน
บางครั้ง	2	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	1	คะแนน

ไม่เคยเลย	0	คะแนน	
การแปลผล			
การแปลผลเครื่องมือโดยใช้อันตรายภาคชั้นแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้			
0 – 1.33	คะแนน	หมายถึง	มีภาระน้อย
1.34 - 2.67	คะแนน	หมายถึง	มีภาระปานกลาง
2.68 - 4	คะแนน	หมายถึง	มีภาระมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (Activity of Daily Living [ADL]) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, (2546) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .79 แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546) ข้อคำถามแบบให้คะแนน 0-1 คะแนน, 0-2 คะแนน และ 0-3 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

0	หมายถึง	ไม่สามารถทำได้
1	หมายถึง	สามารถทำได้แต่ต้องมีคนช่วย
2	หมายถึง	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
3	หมายถึง	สามารถทำได้เองปกติ

การแปลผล

0 - 4	คะแนน	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
5 - 8	คะแนน	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
9 - 12	คะแนน	ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
13 - 20	คะแนน	ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำงานของสมอง (Thai Mental State Examination [TMSE]) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองประเมินจากการสัมภาษณ์พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีคะแนนรวม 30 คะแนน แบ่งย่อยเป็น 6 รายการ คือ การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน การจดจำ (Registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน คะแนนและการระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน จะมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ค่าคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน และแบ่งระดับความรุนแรงของคะแนน TMSE ได้ดังนี้

เกณฑ์การแปลผล

น้อยกว่า 10	คะแนน	หมายถึง	ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง
10 - 18	คะแนน	หมายถึง	ภาวะสมองเสื่อมปานกลาง
19 - 23	คะแนน	หมายถึง	ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย
24 - 30	คะแนน	หมายถึง	ปกติ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) มีข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) โดยตรงมีจำนวน 13 ข้อประกอบด้วย ข้อ 2, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 28, 29, 31, 32 และ 34

2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) โดยตรงมีจำนวน 9 ข้อประกอบด้วยข้อ 1, 4, 6, 9, 13, 19, 21, 23 และ 24 และ

3) ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) โดยมีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 3, 7, 8, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 27, 30, 33, 35 และ 36 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มีระดับคะแนน 5 อันดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36-180 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา	1	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหามานาน ๆ ครั้ง	2	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบางครั้ง	3	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง	4	คะแนน
ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเกือบทุกครั้ง	5	คะแนน

การแปลผล

ใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ (Vitaliano, Maiuro, Russo, & Becker, 1987) คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านจะได้คะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้าน ซึ่งจะอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 และเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมาก แสดงว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

ตั้งแต่ 36-83 คะแนน แสดงว่า เผชิญปัญหาได้น้อย

มากกว่า 84-87 คะแนน แสดงว่า เผชิญปัญหาได้ปานกลาง

มากกว่า 88 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า เผชิญปัญหาได้ดี

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของศิริภา นันทพงษ์ (2542) มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน 2) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 3) ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่าง ๆ มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 1 มีจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ

1) ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1-5 การได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 6-10

2) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 11-15 ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่นประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อที่ 16-20 และ

3) ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อที่ 21-25 เป็นข้อคำถามในทางบวก 10 ข้อคือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18,19, 20, 22, 23, 24, 25 และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อคือ ข้อ 3, 10, 14, 16, 21 ซึ่งลักษณะข้อคำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale 7 อันดับ)

เกณฑ์การให้คะแนน

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นคุณไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นคุณไม่เห็นด้วยปานกลาง
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นคุณไม่เห็นด้วยน้อย
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นคุณไม่แน่ใจ
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยน้อย
- 6 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยปานกลาง
- 7 หมายถึง ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยอย่างมาก

การแปลผล

- | | | |
|-------------|---------|--------------------|
| 1.00 – 2.99 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยน้อย |
| 3.00 – 4.99 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยปานกลาง |
| 5.00 – 7.00 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยมาก |

การตรวจสอบเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยนำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และการใช้ภาษาที่เหมาะสม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อมูลแล้วนำไปปรับแก้ตรวจสอบใหม่จนสมบูรณ์ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณา ระดับที่ 3 หรือ 4 ทุกข้อ ได้ค่า CVI ของทุกแบบสอบถามเท่ากับ 1.00 ทั้งนี้ผู้วิจัยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การวิจัยหรือผลงานวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความเชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ที่มีประสบการณ์มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 1 ท่าน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ของแบบวัดภาวะของผู้ดูแลแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คนแล้ว

นำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าอย่างน้อย .8 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ตาราง 4

การเปรียบเทียบค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่นำไปใช้

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิเคราะห์
1. แบบประเมินภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ .92 ชัญญชิตา คุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554)	1. แบบประเมินภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ .92
2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน .93 สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2546)	2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน .89
3. แบบประเมินการทำงานของสมอง .82 กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536)	3. แบบประเมินการทำงานของสมอง .78
4. แบบประเมินการเผชิญปัญหา .86 ปราณี มิ่งขวัญ (2542)	4. แบบประเมินการเผชิญปัญหา .80
5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม .87 ศิริินภา นันทพงษ์(2542)	5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและแบบสอบถามผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างาน ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยนำรายชื่อเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อให้เป็นผู้ประสานแจ้งผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยทางคลินิกจิตเวชสูงอายุจะมีไลน์กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ หัวหน้าคลินิกจิตเวชสูงอายุขออนุญาตสมาชิกในไลน์กลุ่มเชิญผู้วิจัยให้เข้าไลน์กลุ่มเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงให้สมาชิกในไลน์กลุ่มรับทราบถึงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล การทำวิจัยในครั้งนี้

2.2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยโดยผ่านผู้ดูแล พูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัย พิกัดสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแบบสอบถามของผู้ป่วยจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลแล้วจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามได้หรือไม่ และขออนุญาตแอดไลน์ ของผู้ดูแลเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วย

2.3 เมื่อผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามผ่านไปรษณีย์ไปให้ผู้ดูแลที่บ้าน

2.4 เมื่อเอกสารไปถึงที่บ้าน ผู้ดูแลจะทักไลน์ของผู้วิจัยและนัดวันที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสะดวกในการทำแบบสอบถาม

2.5 ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยผ่านไลน์ ในการประเมินผู้ป่วยในส่วนของแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living และ Thai Mental State Examination โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2.6 เมื่อทำแบบประเมินเสร็จทั้งในส่วนของผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้ดูแลจะจัดส่งเอกสารมาให้ผู้วิจัยที่รพ.สวนสราญรมย์

2.7 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ

2.8 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2020-SSt 024 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2564 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการ DMH.IRB 002/2564 วันที่ 22 เมษายน 2564

2. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพความเป็นส่วนตัว มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นไปตามการยินยอม ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือชี้แจงใดๆ และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะนำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนให้การช่วยเหลือหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ หรือกระทบกระเทือนใจโดยผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

3.1 ยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้เต็มที่ด้วยการรับฟังอย่างตั้งใจ

3.2 แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และรับฟังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างบอกเล่า

3.3 พิจารณาส่งต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่นอกเหนือความสามารถของผู้วิจัย

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ไม่มีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจหรือสะเทือนใจการเก็บข้อมูลสามารถผ่านไปได้อย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยมี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยการทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) วิธีแบบปกติ (enter) ทั้งนี้ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวอยู่ในอัตราภาคขั้นขึ้นไป (interval level)

3.2 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)

3.3 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจายใน scatter plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานจะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์

3.4 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (multicollinearity)

3.4.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งค่าที่ได้ไม่ควรเกิน .65 (Burn & Grove, 2009)

3.4.2 ตรวจสอบโดยใช้สถิติ collinearity statistics ดูผลได้จากตาราง Coefficients โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้จะต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (กัลยา วานิชปัญญา, 2555)

3.5 ทดสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามว่าอิสระจากกัน (Autocorrelation)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

2. ระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ระดับความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับความสามารถของการทำงานของสมอง ระดับการเผชิญปัญหา และระดับการสนับสนุนทางสังคม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจ

4. ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม และจิตใจ

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน และจำนวนเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (N= 108)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	27.8
หญิง	78	72.2
อายุ (ปี) (M=45.18, SD=.457, Md=46.00, Min=28, Mix=84)		
20 – 40 ปี	44	40.8
41 – 60 ปี	54	50.0
61 - 80 ปี	9	8.2
81 ปีขึ้นไป	1	0.9
ศาสนา		
พุทธ	107	99.1
อิสลาม	1	0.9
สถานภาพสมรส		
โสด	34	31.5
สมรส	66	61.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	7.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	13.0
มัธยมศึกษา	42	38.9
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	2.8
ปริญญาตรีและสูงกว่า	49	45.4
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	8	7.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31	28.7
รับจ้าง	9	8.3
เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่	41	38.0
รับราชการ	15	13.9
เกษียณอายุ	4	3.7

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน และจำนวนเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (N= 108) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของผู้ดูแล		
(M=21,718,SD=16,257,Md=18,000 Min=0, Mix=100,000)		
0 - 10,000 บาท	10	9.3
10,000 - 15,000 บาท	36	33.3
15,001 - 20,000 บาท	27	25.0
มากกว่า 20,000 บาท	35	32.4
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	44	40.7
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	48	44.4
ไม่เพียงพอ	16	14.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	83	76.9
มีโรคประจำตัว	25	23.1
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่ชีวิต	4	3.7
บิดา/มารดา	10	9.3
บุตร	90	83.3
พี่น้อง	1	0.9
อื่นๆ (หลาน)	3	2.8
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
≤ 5 ปี	0	0
> 5 ปี	108	100

จากตาราง 5 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจำนวน 108 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุต่ำที่สุด 28 ปี และมากที่สุด 84 ปี มีอายุเฉลี่ย 45 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.1) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 61.1) จบการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.9) และจบการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่า (ร้อยละ 45.4) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38) มีรายได้เฉลี่ย 21,718 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 44.4) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.9) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 83.3) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันเฉลี่ย 12 ชั่วโมง และผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 100)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ตาราง 6

จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัด และโรคทางกาย (N= 108)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	29.6
หญิง	78	70.4
อายุ (M=77.11,SD=7.81,Min=60,Max=95)		
60 – 69 ปี	18	16.7
70 – 79 ปี	45	41.7
80 – 95 ปี	45	41.7
ศาสนา		
พุทธ	107	99.1
อิสลาม	1	0.9
สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.9
สมรส	56	51.9
หม้าย/หย่าร้าง	50	46.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	39	36.1
ประถมศึกษา	56	51.9
มัธยมศึกษา	6	5.6
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	2	1.9
ปริญญาตรี	5	4.6
อายุที่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อม M=7.65 , SD=7.97 Md =70.00 Min=53, Max=90,		
ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัด M=5.01, SD=.457, Md=4.00, Min=1, Max=17		
โรคทางกาย		
มี	53	49.1
ไม่มี	54	50.9

จากตาราง 6 พบว่าผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.4) มีอายุต่ำที่สุด 60 ปีและมากที่สุด 95 ปี มีอายุเฉลี่ย 77 ปี โดยมีอายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 41.7) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.1) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 51.9) จบการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 51.9) เริ่มป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม 53 ปี ส่วนใหญ่เริ่มป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมหลัง 60 ปี (ร้อยละ 86.4) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาเฉลี่ย 1 ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 50.9)

2. ระดับของความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (N= 108)

ภาระการดูแลของผู้ป่วย	M	SD	ระดับของภาระ
ภาระการดูแลของผู้ป่วยโดยรวม	1.32	.51	น้อย
ภาระการดูแลของผู้ป่วยรายด้าน			
1. ความตึงเครียดส่วนบุคคล	1.25	.50	น้อย
2. ความขัดแย้งในตนเอง	1.06	.54	น้อย
3. ความรู้สึกผิด	1.36	.68	ปานกลาง
4. เจตคติที่ไม่แน่นอน	.93	.72	น้อย

จากตาราง 7 พบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ทั้ง 4 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ($M = 1.25$, $SD = .50$) ความขัดแย้งในตนเอง ($M = 1.06$, $SD = .54$) ความรู้สึกผิด ($M = 1.36$, $SD = .68$) และเจตคติที่ไม่แน่นอน ($M = .93$, $SD = .72$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยการสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (N=108)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-					
2.การทำงานของสมอง	.673**	-				
3.การเผชิญปัญหา	.115	.172	-			
4.ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.007	-.060	-.097	-		
5.การสนับสนุนทางสังคม	.100	.082	.449	.069	-	
6.ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	-.070	-.036	.201	.076	.375**	-

หมายเหตุ ** $p < 0.01$

จากตาราง 8 พบว่า การทำงานของสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($r=.375, p<0.01$)

4. ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ตาราง 9

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (N=108)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	β	T	p-value
Constant	.202	.315	-.123	.640	.524
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.013	.013		-1.002	.319
การทำงานของสมอง	.001	.008	.013	.106	.916
การเผชิญปัญหา	.001	.003	.058	.563	.574
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.009	.007	.109	1.192	.236
การสนับสนุนทางสังคม	.011	.003	.368	3.627	.000

R=.408 R²=.166 Adjusted R² = .125 df =5 F = 4.063 ** SEest = .484

** $p<.01$

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ ผู้วิจัยได้นำเข้าตัวแปร 5 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม การทำงานของสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่าตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนน ทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ร้อยละ 16.6 ($R^2=.166, p<.01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.368, t=3.627, p<.01$) ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($p=.319$) การเผชิญปัญหา ($p=.574$) การทำงานของสมอง ($p=.916$) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($p=.236$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

1. ระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M=1.32, SD=.51$) (ตารางที่ 5) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54) ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับการทำงานของสมองที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง ดังนั้นภาระของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจึงอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้สัมพันธ์ผกผันกับภาระของผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของ Razi et al. (2023) ศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศมาเลเซีย พบว่า กิจวัตรประจำวันสามารถทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ($\beta=-0.172, p<.05$)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 41- 60 ปี (ร้อยละ 50) เป็นวัยกลางคนที่มิ่วฒิมภาวะ ในด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์จิตใจ ร่วมด้วยกับผ่านกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ เป็นช่วงที่บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีการปรับตัวในการแก้ปัญหาครอบครัวเพื่อให้ผ่านวิกฤตการณ์ต่าง ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2553) ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในฐานะบุตร ถึงร้อยละ 83.6 ซึ่งบริบทสังคมไทย มีค่านิยมในเรื่องการดูแลบิดามารดาในวัยผู้สูงอายุ เป็นการแสดงถึงความกตัญญูทวดเทวี ด้วยคุณค่านิยมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้สึกที่ต้องดูแลเป็นหน้าที่รับผิดชอบ (พัชรี คมจักรพันธ์ และวรรณจันทร์สว่าง, 2558) รายได้ส่วนใหญ่ของผู้ดูแล เฉลี่ยเดือนละ 21,718 เป็นรายได้ที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีเพียงพอ ในการดำรงชีพ (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2558)

ทั้งนี้ บริบทของ รพ.สวนสราญรมย์ บุคลากรได้นำไปใช้ในการสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาในด้านพฤติกรรมและจิตใจ มีทัศนคติที่ดีในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความสามารถในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม

และจิตใจ และเพิ่มทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม และ ทำให้ผู้ดูแลลดภาระในการดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างความเข้าใจในสาเหตุและอาการของผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ ได้ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพรกรและ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2558) ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระดับภาระของญาติอยู่ในระดับน้อย ($M=35.6$, $SD=7.5$) โดยส่วนใหญ่ญาติเป็นบุตร (ร้อยละ 56.8)

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

จากการศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สามารถทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้ร้อยละ 16.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.166$, $p<.01$) การทำนายที่อยู่ในระดับร้อยละ 16.6 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ได้นำปัจจัยเฉพาะด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม มาทำนาย ภาระของผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายภาระ นั้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ ของผู้ดูแล เช่น ทักษะติดต่อการดูแลผู้ป่วย ความเครียด หรือ ภาระซึมเศร้า เป็นต้น ที่เป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงวัยกลุ่มนี้ จากการศึกษาของ ภาวดี เหมทานนท์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2562) ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยมี มุมมองเชิงบวกพร้อมด้วย ($R = .47$, $p<.001$) และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ตัวแปรทักษะติดต่อการดูแลผู้ป่วย ร่วมทำนายด้วยเช่นกัน ($R^2 = .63$, $p<.001$) (เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนบเกษร, 2561)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นการรับรู้ในการช่วยเหลือของบุคคลที่เป็นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านโดยการช่วยเหลือ เมื่อผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือไม่ว่าจะในด้านต่างๆ เช่น ในด้านของการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกสุขสบายขึ้น และความลำบากอาจลดลง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องของ Brant & Weinert (1985) เชื่อว่าคนที่ได้รับการช่วยเหลือจะช่วยลดภาระในการดูแลได้ ในตัวภาระซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญ ในเรื่องความรักใคร่ผูกพัน การยอมรับตนเองอย่างมีคุณค่าการเอื้อประโยชน์ และ สำหรับการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยลักษณะของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน รายได้ 21,718 มีความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่เป็นบุตร มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ของ (Shourgot & Knight, 2005) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีระดับความสัมพันธ์ปานกลางและผกผันกับภาระของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่ไม่สามารถอธิบายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญ

ปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ทั้งนี้อาจเนื่องจากในบริบทของการรักษา

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำนาย ความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่าผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันเฉลี่ย 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 27.3) และผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 100) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างนี้ ระยะเวลาอยู่ในช่วง 12 ชม. หรือน้อยกว่า $SD=4.57$ ดังตาราง 9 ประกอบกับลักษณะอาการ BPSD ของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจไม่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระ โดยหากผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชม.ขึ้นไปก็จะมีภาระมาก ปิติพร สิริทิพากรและวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2558) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับภาระการดูแล โดยการดูแลมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะมีระดับภาระการดูแลมากกว่า ($p = 0.49$) (Morales & Silva, 2009) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลสมองเสื่อม ที่เป็นปัญหาด้านผู้ป่วยเป็นปัญหาสากลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และภาวะพึ่งพาในการประกอบ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ไม่สามารถพยากรณ์ความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจช่วยเหลือตนเองได้ดี พบ ร้อยละ 48.8 รองลงมาอยู่ในระดับผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 27.9 จากการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะส่งผลกระทบต่อ ภาระการดูแลน้อย สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจช่วยเหลือตนเองเองได้ มีความสัมพันธ์ผกผันในระดับ ต่ำ ($r=-.025$, $p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากรและวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2558)

โดยสรุปจากการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และตัวแปรปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายได้ ร้อยละ 16.6 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r=.166$, $p<.01$) และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาการทำงานของสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยการทำงานของสมองของผู้ป่วย การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 108 คน และผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจำนวน 108 ราย ที่มีประวัติเคยรับบริการในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ 2) แบบประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 22 ข้อ 3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล จำนวน 10 ข้อ 4) แบบประเมินการทำงานของสมอง จำนวน 6 ข้อ 5) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา คำถามนี้เกี่ยวกับวิธีรับมือกับการเผชิญปัญหาของคุณและคุณจะรับมือกับการเผชิญปัญหาได้อย่างไร จำนวน 36 ข้อ และ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 25 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของโลวิก การสนับสนุนทางสังคม โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (2) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เท่ากับ .926 (3) แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล เท่ากับ .892 (4) แบบสอบถามการทำงานของสมอง เท่ากับ .781 (5) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา เท่ากับ .809 และ (6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เท่ากับ .836

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ของโปรแกรม ปรับแก้ไข เครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ คือแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยผ่านการได้รับหนังสืออนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2022 – Sst 024 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2564 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่โครงการ DMH.IRB 002/2564 วันที่ 22 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1) ระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอยู่ในระดับน้อย ($M=1.327$, $SD=.517$) โดยพบว่า ระดับภาระรายด้านทั้ง 4 ด้าน มีตั้งแต่ร้อยละปานกลาง ดังนี้ ความตึงเครียดส่วนบุคคลระดับน้อย ($M=1.258$, $SD=.504$) ความขัดแย้งในตนเองระดับน้อย ($M=1.067$, $SD=.545$) ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนระดับน้อย ($M=.935$, $SD=.726$) และความรู้สึกผิดระดับปานกลาง ($M=1.366$, $SD=.682$)

2) ตัวแปรปัจจัยทำนาย คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา การทำงานของสมอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้ร้อยละ 16.6 ($R^2 = 1.66$, $p<.01$) ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=1.66$, $p<.01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 ข้อมูลเบื้องต้น สามารถนำไปให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจรวมไปถึงการดูแลญาติของผู้ป่วย
 - 1.2 นำข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมไปจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆและตัวแปรอื่นๆที่ทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเพิ่ม

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร สุคำวัง. (2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติผู้ป่วยจิตเวช 2559*. ศูนย์สารสนเทศกองงานแผน กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิกา ปิงแก้ว, กนกพร สุคำวัง, และภารดี นานาศิลป์. (2560). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก. *พยาบาลสาร*, 44(1), 34-44.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ICD-10-TM: บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทยเล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรคกลุ่มฟื้นฟูสมอง*. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของคนไทย. *ศิริราช 2536*: 45(6), 359-73.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย*. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- กอบททัย สิทธิธรรมาภรณ์. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 449-462.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร. (2561). ภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 18(3), 442-468.
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัยสำนักโภชนาการ. (2561). *คู่มือแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ* *อย่างไรห่างไกลสมองเสื่อม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กัลยา วานิชปัญญา. (2555) *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพมหานคร:ธรรมสาร.
- ชยุตรา สุทธิลักษณ์, อัจฉรา อุไรเลิศ, เนตรดาว ชัชวาลย์, และศุภรันยา เทพนิมิต. (2562). ผู้ป่วยที่มองไม่เห็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 40-46.
- ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชลการ ทรงศรี, และณรงค์ จันทร์แก้ว. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(2), 50-59.
- ชาลินี สุวรรณยศ, และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(4), 229-239.
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสารมธก.วิชาการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 22(43-44), 166-179

- ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง และภาวดี นานาศิลป์. (2561) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(2), 1-13.
- ดุขุฎี อุดมอิทธิพงศ์, และอัญชุลี เตมียะประดิษฐ์. (2558). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 9(1), 13-28.
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. (2540). *สถิติประยุกต์ทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถนิกา อาทะวิมล, และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2561). การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก และผู้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*. 62(2), 224-237.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. (2563). *การพยาบาลผู้สูงอายุ:ด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ไทยควอลิตี้บุ๊คส์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยู แอนไออินเทอร์เน็ตมีเดียจำกัด.
- ประเสริฐ บุญเกิด. (2546). *แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร พี เค โพรมิเนนท์.
- ประไพศรี ศิริจักรวาล. (2560). *ธงโภชนาการผู้สูงอายุและโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อผู้สูงอายุไทย*. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มิ่งขวัญ . (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคตะวันออกเฉียง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วน จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, จันทบุรี.
- ปิตพร สิริทิพากร, และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(2), 54-64.
- พรชัย จุลเมตต์, สายใจ พัวพันธ์, และ Pham Van Truong. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 104-118.
- พัชรี คมจักรพันธ์ และวรรณิ จันทร์สว่าง. (2558). ประสบการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนข้ามรุ่นของผู้สูงอายุไทยในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3). 35-56.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย, และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.
- ภาวดี เหมทานนท์, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2562). ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 6(9), 4410-4424.

- มานอช หล่อตระกูล, และประมอทย์ สุขนิชย์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาทิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.
- รัตนา พันจอย, อรพรรณ ลีอนุชวรัชย์, และรัตนศิริ ทาโต. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). *คู่มือการบำบัดอาการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) โดยวิธีไมใช่ยา*. สุราษฎร์ธานี: (พิมพ์ครั้งที่ 1) แสงจันทร์การพิมพ์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2565). *รายงานการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2565*. สุราษฎร์ธานี: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2561). *หลักสูตรการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงวัยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ*. สุราษฎร์ธานี: (พิมพ์ครั้งที่ 1) ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. (2559). *รู้ทันสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์เฮลท์.
- วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วารี กิจใจ, อรพรรณ แผนคง, และรัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 48-57.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *การป้องกันการประหมื่นและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ศรณรินทร์ กาญจนะโนพินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์, และฐิติวิ แก้วพรสวรรค์. (2557). *การศึกษาคุณสมบัติการจัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 409-418.
- ศรีเรื่อน แก้วก้งวาน. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: (พิมพ์ครั้งที่ 9) สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิรินภา นันทพงษ์. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริพันธุ์ สาสัติย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัติย์. (2555). *ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: วี พรีนซ์ (1991).
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2558). โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ Retrieved from <http://www.agingthai.org/page/681>.
- สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิวาวัน คำบันลือ. (2561). การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 1-9.
- สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. (2544). *การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สาธิตา แรกคำนวน, และ พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2555). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 335-345.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2546). คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์: ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม. *วารสารคลินิก*, 19(6), 474-483.
- สุมิตรา ชูแก้ว, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และวรรณภา ประไพพานิช. (2555). ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 18(2), 249-258.
- เสาวนิจ น้อยมงคล, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัช ลีพกุล. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 85-98.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนบเกษร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 118-132.
- เสาวนีย์ จันทรัตน์. (2549). *การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร. นครปฐม.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- อรรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2559). คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 12-24.
- อัญชุลี เตมียประดิษฐ์. (2555). *การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมจิตใจและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- เอมิกา กลยณี, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารตำรวจ*, 7(1), 130-140.
- Chao, H., C. (1992). *Coping strategies used by patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis* (Master's thesis, University of Arizona). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10150/278122>

- Chiara, Z., Michelangelo, B., Chiara, P., Laura, C., & Elena, S. (2012). *Caregiver Burden and Coping in Early-stage Alzheimer Disease*. 26 (1) : 55-60.
- Cohen, J. (1988). *Statistic power analysis for behavioral science*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Galicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of *Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163.
- Hayashi, S., Terada, S., Nagao, S., Ikeda, C., Shindo, A., Oshima, E., Yokota, O., & Uchitomi, Y. (2013). Burden of caregivers for patients with mild cognitive impairment in Japan, *International Psychogeriatrics* 25:8, 1357- 1363.
- Hawken, T., Turner-Cobb, J., & Barnett, J. (2018). Coping and adjustment in caregivers: A systematic review, *Health Psychology Open*, 1-10.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/F00>
- Jalowiec, A., & Strickland, L. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale in C.F. Waltz. *Measurement of nursing outcome volume one: measurement client outcomes*. New York: Springer Publishing Company
- Kang, S. H., Myung, W., Na, D. L., Kim, S. Y., Lee, J. H., Han, S. H., Choi, S. H., Kim, S., Kim, S., & Kim, D. K., (2014). Factors Associated with Caregiver Burden in Patients with Alzheimer's Disease. *Psychiatry Investig* 11(2): 152-159.
- Kaufman, D.I., (2000). Validation of the NPI-Q, A brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal Neuropsychiatry Clin Neurosci* 12:233-239.
- Keefover, R. W. (2013). Dementia. West Virginia Integrated Behavioral Health Conference. Available Retrieved from: <http://dhhr.wv.gov/bhhf/Documents201%20IBHC%20Presentations/Day%20%20workshops/Dementia%20Handouts.pdf>
- Kishore, S., (2014). Understand the caregiver's role. dementia care notes. Retrieved Retrieved from <http://dementia-care-notes.in/caregivers/understand-caregiving-role/>
- Korolev, I., O. (2014). Alzheimer's disease: A clinical and basic science review. *Medical Student Research Journal* 4, 24-33.
- Matsumoto, N., Ikeda, M., & Fukuhara, R. (2007). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 23, 219-224.
- McKeith, I., & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *The Lancet Neurology*, 4, 735-742.

- Moraes, S. R. P., & Silva, L. S. T. (2009). An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. *Rio de Janeiro*, 25(8), 1807-1815.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and themexperience of subjective and objective burden. *Family Relations*. 34.19-26.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living, *Geriatr Nurs*, 31, 246-253.
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen. J., Srinonprasert. V., Assantachai. P., Intalapaporn. (2010). Caregiver burden and needs of dementia caregivers in thailand: A Cross-Sectional Study. *Journal MedAssoc Thai*, 93(5), 601-607.
- National Statistical Office. (2017). *Older Statistics*. Retrieved from <http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-1253-1.pdf>.
- National Statistical Office. (2018). *Number of Inpatients (UC and CSMBs) According to 298 Causes of Diseases, All Diagnosis Per 100,000 Population by Sex: 2013-2017*. Reyrieved from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/en/05.aspx>
- Nuurain, A. M. R., Halimatus , S. M., Nor, A. M., Zulkefli, Norliza, A. Tengku, A. M. T. & Hafiz, J. (2023). *A Systematic Review on Caregiver's Burden Among Caregivers of Dementia Patient in Malaysia*. 19(1) , 254-258.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Charg, A. S., & Mccubbin, M. A. (1991). Self-care burden stress appraisal and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nurs*, 12(4), 209-215.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138.332-335.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia : family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.
- Pino-Casado, R., Osuna, A. F., Palomino-Moral, P. A., & Pancorbo-Hidalgo, P. (2011). Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal or advanced nursing*, 2311-2322.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2004). *Nursing research: Principle and methods (7th ed)*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., & Ferris, S. H. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease. Phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 9-15.
- Robinson, B., C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 38, 334-348.
- Rozzini, L., Cornali, C., Ghianda, D., Franzoui, S., Trabuechi, M., & Padovani, A. (2006). Predictors of institutionalization in dementia patients discharged from a rehabilitation unit. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 345-349
- Sasat, S. (2011). *Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline*. (3rd ed.). Bangkok: Active Print. (in Thai)
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R.S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral medicine*, 4, 381-406.
- Shurgot, G., R., & Knight, B., G. (2005). Influence of Neuroticism, Ethnicity, Familism, and Social Support on Perceived Burden in Dementia Caregivers: Pilot Test of the Transactional Stress and Social Support Model. *Journal of Gerontology : Psychological sciences* , 60(6), 331-334.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia. The Revised Memory and behavior problem checklist. *Psychology and Aging*. 7, 622-631.
- Teri, L., & Uomoto, J., (1991). Reducing excess disability in dementia patients: Waiving caregivers to manage patient depression. *Clinical Genealogist*, 10,49-63.
- Tornatore, (2002). Burden among family caregiver of persons with Alzheimer's Disease in nursing home. *The Gerontologist*, 42(4), 497-506.
- Ulvik, B., Johnsen, T. B., Nygard, O., Hanestad, B., Wahl, A., & Wentzel-Larsen. (2008). Factor structure of the revised Jalowiec Coping Scale in patients admitted for elective coronary angiography. *The Authors Journal Compilation*, 22, 596-607.
- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., & Russo, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- Walker, S. N., Sechist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health – promoting lifestyle profile development and psycometic characteristic. *Nursing Pesearch*, 36(2), 76 – 78.
- Wan-Yuen, C., Wah-Yun, L., Razali, K., PJH, P., Esther, E., & MJ., P. (2003). *Social Support and Burden among Caregivers of Patients with Dementia in Malaysia*. 15 (1), 23-29.
- World Health Organization. (2022). *Dementia: a Public Health Policy*. Retrieved November 20, 2018, from http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/infographic_dementia/en/.

- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach, P. J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Tood, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study. *The Gerontological*
- Zucchella, C., Bartolo, M., Pasotti, C., Chiapella, L., & Sinfiorani, E., (2012). Caregiver Burden and Coping in Early-stage Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 26(1) 55-60.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ

4. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง
() 5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน () 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 3. รับจ้าง
() 4. เกษตร/ทำสวน/ทำไร่ () 5. รับราชการ () 6. เกษียณอายุ
() 7. อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

8. ความเพียงพอของรายได้

- () 1. เพียงพอ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ () 3. ไม่เพียงพอ

9. โรคประจำตัว

- () 1. ไม่มีโรคประจำตัว () 2. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

10. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- () 1. คู่ชีวิต () 2. บิดา/มารดา () 3. บุตร
() 4. หลาน () 5. พี่/น้อง () 6. อื่นๆระบุ.....

11. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน.....ชั่วโมง/วัน

จำนวนระยะเวลาดูแลผู้ป่วย.....เดือน

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่ท่านได้ให้การดูแล

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ

4. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง () 5. แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม.....ปี

7. ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ.....ปี

8. ระยะเวลาที่ได้รับการบำบัดรักษาปี

9. โรคทางกายอื่นๆ

- () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามความรู้สึกในการให้การดูแลผู้อื่น โดยในแต่ละคำถามจะให้เลือกคำตอบที่บอกถึงความรู้สึกของผู้ตอบในปริมาณมากน้อยตามคะแนนดังนี้ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ประจำ	หมายถึง	จากการดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100)
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 51-75)
บางครั้ง	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50)
นานๆครั้ง	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 0-25)
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ภาระการดูแลของผู้ดูแล	ความถี่จากการเกิดความรู้สึกจากการดูแลของผู้ดูแล				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เหมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกว่า ท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม และจิตใจที่ท่านดูแลมากที่สุด

ข้อแนะนำ

เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่

เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม

ถ้าหมดสติให้ 0 คะแนนทั้งหมด

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	คะแนนที่ได้
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 = ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ 1 = ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า 2 = ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง
4. Toilet (ใช้ห้องน้ำ) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	คะแนนที่ได้
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1 = ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำได้เอง
9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั่นได้เป็นปกติ
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 = กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 2 = กลั่นได้เป็นปกติ
คะแนนรวมทั้งหมด	
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกตาม ADL	

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำงานของสมอง (Thai Mental State Examination : TMSE)

ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

คำถาม	คำตอบ	คะแนน ที่ได้	คะแนน เต็ม
1. Orientation (6 คะแนน) วันนี้วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ฯลฯ) วันนี้วันที่เท่าไร เดือนนี้ เดือนอะไร ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น) ที่นี่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร			1 1 1 1 1 1
2. Registration (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกชื่อ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก * หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำ จนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ทดสอบทราบว่าคุณจะกลับมามาถามใหม่			3
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันอาทิตย์-เสาร์ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง) ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์			1 1 1 1 1
4. Calculation (3 คะแนน) ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ 100-7 -7 -7			1 1 1
5. Language (10 คะแนน) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)			3 3 3 1

คำถาม	คำตอบ	คะแนน ที่ได้	คะแนน เต็ม
6. Recall (3 คะแนน) สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้ มีอะไรบ้าง ให้จำตามข้อ 2 ต้นไม้ รถยนต์ มือ			1 1 1
คะแนนรวม			

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเผชิญปัญหา (Jalowice Coping Scale) คำถามนี้เกี่ยวกับวิธีรับมือกับการเผชิญปัญหาของคุณ และคุณจะรับมือกับการเผชิญปัญหาได้อย่างไร

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับผู้ป่วยสูงอายุเสมอที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ท่านดูแลมากที่สุด

ไม่เคย	หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นประมาณ 1-3 ครั้งในหนึ่งเดือน
บางครั้ง	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
บ่อย	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นทุกครั้ง

ข้อความการเผชิญปัญหา	ไม่ เคย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บาง ครั้ง (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. กังวลใจเกี่ยวกับปัญหา						
2. ลดการเผชิญปัญหาโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย						
3. หวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น						
4. ถึงแม้ว่าสิ่งต่างๆจะเลวร้ายก็สามารถยอมรับกับปัญหาได้						
5. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์						
6. ใช้วิธีการกิน/ การสูบบุหรี่/ การขบเคี้ยว						
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน						
8. ปลอมใจให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์						
9. คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย						
10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้						
11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน						
12. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้						
13. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สบประมาท สบถ						
14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง						
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่มุม						
16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้						
17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น						
18. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ						
19. ระบายระบาย หงุดหงิดใจ						
20. ถอยหนีจากสถานการณ์						
21. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา						
22. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง						
23. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ						
24. แยกตัวออกอยู่คนเดียวตามลำพัง						
25. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข						

ข้อความการเผชิญปัญหา	ไม่เคย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บาง ครั้ง (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
26. อยู่เฉยๆโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง						
27. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน						
28. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น						
29. ลองแก้ปัญหาหลายๆวิธีเพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด						
30. ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้						
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา						
32. พยายามแก้ปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ						
33. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น						
34. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา						
35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น						
36. พยายามเบี่ยงเบนความสนใจตัวเองโดยทำสิ่งที่คุณชอบ						

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า นางสาว ปวีรีศา ศรีฉนวน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ”

ใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และศึกษาปัจจัยทำนาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง การเผชิญปัญหาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ เมื่อท่านรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมกันได้ลงลายมือในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของท่านและของผู้ป่วย 2) แบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 22 ข้อ 3) แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสัมภาษณ์การทำงานของสมอง จำนวน 6 ข้อ 5) แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหาของจาโลวิก จำนวน 36 ข้อ และ 6) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 25 ข้อ ในกรณีที่ท่านมีปัญหาในการอ่านหรือเขียน ขอให้ท่านตอบตามคำถามที่ผู้วิจัยสอบถาม โดยจะใช้เวลา 30 นาทีโดยประมาณเสร็จสิ้นภายในครั้งเดียว ไม่มีการนัดหมายต่อเนื่อง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อีกทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยยังได้มีการทบทวนตนเองถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และสิ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติในการดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกกระทบกระเทือนต่อจิตใจจากข้อคำถามได้แต่น้อยมาก

ข้อมูลส่วนตัวของท่านและข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยการบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ นามสกุล ของท่าน เพื่อไม่ให้ระบุตัวตนได้โดยง่ายไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมและจะไม่มีการส่งต่อข้อมูลของท่านไปให้กับบุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต อย่างไรก็ตามอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น ผู้วิจัยขอให้ท่านอ่านเอกสารเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างถี่ถ้วนเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถาม

เพิ่มเติมได้จากผู้วิจัย ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรสุขภาพที่ดูแลท่าน ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ หากท่านตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้ว ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

หากท่านไม่สมัครใจ หรือมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้สัมภาษณ์หรือช่วงใดๆของการวิจัยได้ทันที โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับบริการ และการพยาบาลที่จะได้รับต่อไปในอนาคต หากขณะร่วมวิจัยท่านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว เกิดความรู้สึกไม่สบายหรือมีผลกระทบทางจิตใจใดๆ อันเป็นผลโดยตรงจากการวิจัย ท่านควรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันที เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและหากรุนแรงท่านได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ โทรศัพท์ 074-286422 (ในเวลาราชการ) และ (มือถือ 088-7517498) E-mail Prapa_22@hotmail.com

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/ แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(นางสาวปวีศา ศรีฉนวน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยสมองที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก) ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของ นาย/นาง/นางสาว

.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินการทำงานของสมอง (TMSE) จำนวน 6 ข้อ ในกรณีที่ท่านมีปัญหาในการอ่านหรือเขียนขอให้ท่านตอบตามคำถามที่ผู้วิจัยสอบถาม โดยจะใช้เวลา 10 นาทีโดยประมาณ ข้าพเจ้ายินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก (ตัวบรรจง)

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวปวีศา ศรีฉนวน) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

การทดสอบข้อมูลตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงเป็นปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic Skewness & Statistic Kurtosis) จะต้องมีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ตาราง 10

แสดงการหาค่า skewness kurtosis & Statistic Kurtosis ของตัวแปร

ตัวแปร	skewness	Std. Error	standardized	kurtosis	Std. Error	standardized
1. การเผชิญปัญหา	.753	.233	3.23	.650	.461	1.40
2. การสนับสนุนทางสังคม	.531	.233	2.27	-.393	.461	0.85
3. การทำงานของสมอง	.287	.233	1.23	-1.045	.461	3.14
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.412	1.76	1.32	.500	1.08	0.42
5. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม	.407	.233	2.01	.097	.461	0.21

1. การเผชิญปัญหา จากตารางค่า Standardized ของการเผชิญปัญหาอยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2. การสนับสนุนทางสังคม จากตารางค่า Standardized ของการเผชิญปัญหาอยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

3. การทำงานของสมอง จากตารางค่า Standardized ของการทำงานของสมอง อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากตารางค่า Standardized ของภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมอยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

5. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จากตารางค่า Standardized ของภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ไม่อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 11

แสดงการกระจายของข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 108)

	Statistic	Std. Error	standardized
skewness	.839	.233	3.60
Kurtosis	-.128	.461	0.27

จากตาราง 11 ค่า Standardized ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution จึงแปลงตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) โดย 0 แทนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ถึงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและ 1 แทนช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลางถึงช่วยเหลือตนเองได้ดี

ภาคผนวก ง
ค่าร้อยละของตัวแปร

ตาราง 12

จำนวนร้อยละของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (N= 108)

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	12	11
ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	7	5.5
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง	35	21.4
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	54	50
ค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน M = 11.66 SD = 4.86		

จากตาราง 12 พบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในระดับผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 21.4 สำหรับค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเท่ากับ M = 11.66 และ SD = 4.86

ตาราง 13

จำนวนร้อยละของระดับการทำงานของสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (N= 108)

ระดับการทำงานของสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง	38	35.1
ภาวะสมองเสื่อมปานกลาง	40	35.4
ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย	20	18.5
ปกติ	10	7.5
ค่าเฉลี่ยการทำงานของสมอง	M=12.57	SD= 7.85

จากตาราง 13 พบว่า ระดับการทำงานของสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.4 และรองลงมาอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 35.1 และ ค่าเฉลี่ยการทำงานของสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจปกติ เท่ากับ M=12.57 SD = 7.85

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาจำแนกรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (N=108)

ด้านการเผชิญปัญหา	M	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	39.16	8.43
ด้านการจัดการกับอารมณ์	18.71	6.31
ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	36.08	8.35
การเผชิญหน้ากับปัญหาโดยรวม	M = 93.95	SD = 22.96

จากตาราง 14 พบว่าค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาจำแนกรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจด้านการเผชิญปัญหาทั้ง 3 ด้าน ด้าน 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ M = 39.16 SD = 8.43 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ M = 18.71 SD = 6.31 และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมเท่ากับ M = 36.08 SD = 8.35

ตาราง 15

แสดงจำนวนและร้อยละของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (จำนวนชั่วโมง)

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (ชั่วโมง)	จำนวน	ร้อยละ
1-3	9	8.1
4-6	9	8.1
7-9	24	21.8
10-12	30	27.3
13-15	7	6.3
16-18	14	12.7
19-21	4	3.6
22-24	13	12.1
M= 12.14, SD = .457, Min = 1 , Max= 24		

จากตาราง 15 พบว่ามีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันเฉลี่ย 12.14 ชม. (SD = .457)

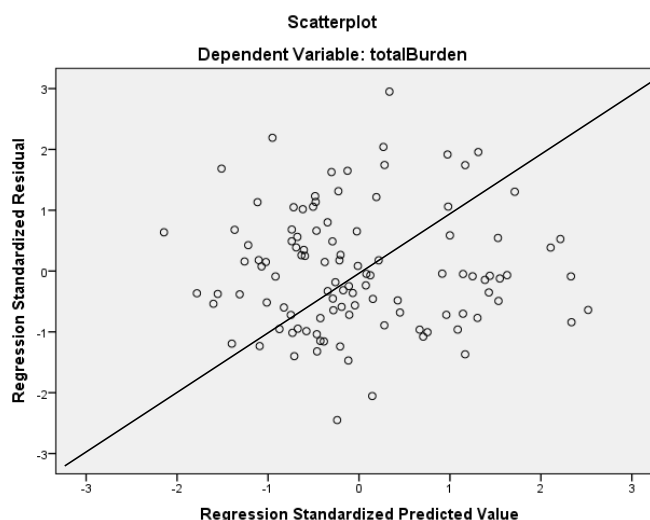
ตาราง 16

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (N=108)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม	M	SD	ระดับ
ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่างๆ	3.93	.79	ปานกลาง
ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น	3.45	.80	ปานกลาง
ด้านการได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเอง	2.94	.95	น้อย
ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.92	.80	น้อย
ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน	2.73	.80	น้อย
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.19	.57	ปานกลาง

จากตาราง 16 พบว่าค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำต่างๆ (M=3.93 SD=.79) ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น (M=3.45 SD=.80) ด้านการได้รับการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเอง (M=2.94 SD=.95) ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (M=2.92 SD=.80) และด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน (M=2.73 SD=.80)

7. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ทดสอบโดยการทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น



ภาพ 2 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ทดสอบตัวแปรอิสระแต่ละตัวว่าเป็นอิสระต่อกัน (multicollinearity)

โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันทดสอบ โดยกำหนดให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง หรือไม่ควรสูงกว่า 0.65 (Burns & Grove, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กับการสนับสนุนทางสังคม ($r=.673, p<.001$)


ตรวจสอบโดยใช้สถิติ (collinearity statistics) ดูผลได้จากตาราง Coefficients โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองและค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (กัลยา วานิชบัญชา, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .542 - .797 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.017-1.873

ทดสอบความคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามว่าเป็นอิสระจากกันตรวจสอบโดยทดสอบค่าดูบิน - วัตสัน (Dubin - Watson) มีค่าเข้าใกล้ 2 นั่นคือ อยู่ในช่วง 1.5 ถึง 2.5 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ค่าดูบิน - วัตสัน (Dubin - Watson) เท่ากับ 1.524 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation หรือข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน หมายความว่าข้อมูลของตัวแปรที่ได้มา ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ภาคผนวก จ ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

1. แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง



ที่ อว ๘๑๐๖/ ๐๑๑๗๗

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์


อ้างถึง หนังสือ ที่ อว ๖๘๑๐๕/๒๒๐๒ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ขออนุญาตให้ นางสาวปวีศา ศรีฉนวน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคปกติ) กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง” ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎ์ ทูลศิริ ความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะฯ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ




(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทน์จุฑา ชัยเสนา ตาลลาล)


รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพการศึกษาและยุทธศาสตร์การต่างประเทศ รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำนักงานคณบดี
โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕
โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

2. แบบประเมินการเผชิญปัญหาของจาโลวิกและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม



งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย



คณะพยาบาลศาสตร์
เลขที่รับ..... 1974
วันที่..... 30 ต.ค. 63
เวลา..... 16.21

ที่ อว ๘๓๙๓(๒๕)/ ๓๖๕๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ .

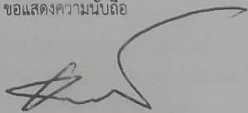
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๘๑๐๕/๒๒๐๓ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตามที่ นางสาวปวีศา ศรีฉนวน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของคุณศรีนภา นันทพงษ์ และ คุณปราณี มิ่งขวัญ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษารายได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

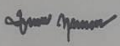
ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ โสภางค์)
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา
โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๐๘
โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

ทพ



เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

อ.วิ นันทิตตวิฑิตต์ ส.เชิงไข อนุญาตให้ นส.ปวีศา


นำเครื่องมือวิจัย ๑๓๒ ไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

ที่วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จ.นันทิตตวิฑิตต์

น.นส

3. เอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2020 – NSt – Qn 030

ชื่อโครงการ: ปัจจัยทำนายความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2020 – NSt 024

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางสาวปวีศา ศรีฉนวน

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย


วันที่รับรอง: 23 กุมภาพันธ์ 2564

วันที่หมดอายุ: 23 กุมภาพันธ์ 2566

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007


(ลงนาม)..... *ศศิธร พุ่มดวง*.....

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



4. คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

หมายเลขโครงการ SSR REC ๒/๒๕๖๔



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
สุราษฎร์ธานี

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ ๒๔๘ ถนน ธาราบิดี ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรม
การวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS
Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ
ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยหำนำยความรู้สึทที่เป็นภำระของผุ้ดูแลผุ้ป่วยสูงอำยสมองเสื้อมที่มีปัญหำพฤติกรรม
และจิตใจ

เลขที่โครงการวิจัย : DMH.IRB ๐๐๒/๒๕๖๔

ผู้วิจัยหลัก : นำนงสำวปวริศำ ศรีฉนวน

สังกัดหน่วยงาน : คณะภยบำลศำสตร์ มหำวิทยำลัยสงขลำนครินทร์

เอกสารที่ด้รับภำรรับรอง : ๑. โคร่งร่ำงำนวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำกำรวิจัยในมนุษย์
๓. เอกสรำซีแจ้งข้อมูลสำหรัผุ้เข้ำร่วมวิจัย
๔. เครื่องมือที่ใช้ในกำรวิจัย

ลงนำน ประธานคณะกรมกำรพิจารณำจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
(นำนยคัตถพงศ์ ถนินมพำสน์)

ลงนำน ผู้อำนวยกำรโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นำนงสำวบุญศิริ จันศิริมงคค)

วันที่รับรอง: ตั้งแต่วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๕
ทั้งนี้ กำรรับรองนี้เป็นขีต้งที่ระบุไว้ด้ำนหลังทุกขี (ดูด้ำนหลังของเอกสรำรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตนนท์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
3. ดร.นพรัตน์ ไชยขำนิ

ตำแหน่ง/สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
จังหวัดสงขลา

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิต
จังหวัดปทุมธานี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน**ชื่อ-สกุล**

นางสาวปวีศา ศรีฉนวน

รหัสประจำตัวนักศึกษา

6110420020

วุฒิการศึกษา**วุฒิ**

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชื่อสถาบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครศรีธรรมราช**ปีที่สำเร็จการศึกษา**

2553

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2563 บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

