

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO STRESS OF DEMENTIA PATIENTS' CAREGIVERS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
โดย	นางปวีณา ทักซิณาเจนกิจ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สนิเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปวีณา ทักซิณาเจนกิจ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. (FACTORS RELATED TO STRESS OF DEMENTIA PATIENTS' CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโงมในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดใน ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมารับการตรวจติดตามผลการรักษา ณ คลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 120 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแล แบบวัดอารมณ์ขัน หลายมิติ แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และแบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก ผ่าน การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 1 , 0.96 , 1 , 0.99 และ 0.98 ตามลำดับและมีค่า ความเที่ยงเท่ากับ 0.89, 0.97, 0.95, 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบส เพียร์แมน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมคือ ไม่มีภาวะเครียด คิดเป็นร้อยละ 51.7
2. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยในเพศชายและเพศหญิงมีความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และ ความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะ ความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ($r = -0.598$, $p < 0.001$) และ ($r = -0.246$, $p = 0.001$) ตามลำดับ
4. ชั่วโงมในการดูแล และ คุณภาพการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ($p = 0.132$ และ 0.790 ตามลำดับ)
5. อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077338636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: CAREGIVER, DEMENTIA-PATIENT CAREGIVER'S, STRESS OF CAREGIVER

Paweena Taksinachanekij : FACTORS RELATED TO STRESS OF DEMENTIA PATIENTS' CAREGIVERS. Advisor: Assoc. Prof. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

This research aimed to study dementia-patient caregiver's stress levels and to study the correlation between genders, elderly mutuality, caring hours, sleep quality, sense of coherence, humor and stress levels in dementia-patient caregivers. The sample over who took care of patients with dementia. There were 120 patients and came for a follow-up examination at elderly clinic at two Tertiary hospital . The Multi-stage sampling method was used in the study. Moreover, data collection tools included Personal Information Questionnaire; Burden of Caregivers in Caring Patients with Dementia Measurement; Caregiver Sleep Assessment; Humor Measurement; Supportive Mutuality Between Elderly and Relatives Caregivers Questionnaire; and Sense of Coherence Assessment. The data collection tools were tested by 5 experts, yielding the content validity of 1, 0.96, 1, 0.99, and 0.98 respectively whereas their reliability was 0.89, 0.97, 0.95, 0.91, and 0.83 respectively. Finally, data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank coefficients

The results of the research could be summarized as follows.

1. The overall stress levels of caregivers of patients with dementia was shown to be none which was accounted for 51.7 percent.
2. Gender, caring hours and sleep quality were not associated with the stress of dementia-patient caregivers. There was no statistically significant.
3. The factors between supportive mutuality in patients with dementia and sense of coherence showed correlated with the stress of the caregivers. They were statistically significant at $p < 0.001$ ($r = 0.598$, $p < 0.001$) and ($r = 0.246$, $p = 0.001$), respectively.
4. Humor was significantly associated with the caregiver's stress at $p < 0.001$.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Science
Academic Year: 2021

Student's Signature
Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่า กรุณาให้คำปรึกษา และข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใย และให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ที่อาจารย์มอบให้อย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ. ดร. ชีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าให้แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงดาวชมพู นาคะวิโร และ พว.จินตนา ฉัตรกุลกวิน ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนแพทย์ พยาบาล ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง และขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่นสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสมอทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเสมอมาและขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณมารดาบิดา ที่ได้อบรมสั่งสอนเลี้ยงดูผู้วิจัยเป็นอย่างดี เป็นต้นแบบที่ดี ให้ผู้วิจัย ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ อยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณสามีและครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทุกคนเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในความสำเร็จครั้งนี้ ขอคุณความดีและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้ที่อยู่เบื้องหลังทุกท่าน

ปวีณา ทักชีณาเจนกิจ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญแผนภาพ.....ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4	4
คำถามการวิจัย..... 4	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 4	4
สมมติฐานการวิจัย..... 8	8
ขอบเขตการวิจัย..... 8	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 10	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 11	11
1. ผู้มีภาวะสมองเสื่อม..... 12	12
2. แนวคิดผู้ดูแล..... 30	30
3. ความเครียดในผู้ดูแล..... 36	36
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 50	50
5. กรอบแนวคิดการวิจัย..... 55	55
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... 56	56

วิธีการดำเนินการวิจัย	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	62
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	80
อภิปรายผลการวิจัย	81
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	88
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	98
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	100
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง	105
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย	115
ประวัติผู้เขียน	128



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI).....	62
ตารางที่ 2 ตารางค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha).....	63
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ลักษณะข้อมูลทั่วไป.....	67
ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้มี ภาวะสมองเสื่อม (n=120)	70
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n=120).....	73
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดใน ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n = 120)	74
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละของคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n=120)	74
ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละของคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมอง เสื่อม (n=120)	75
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม	75

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
แผนภาพที่ 2 แผนภาพแสดงขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	58



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตาม มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563 ระบุว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 651,950 คนเป็นเพศหญิง 460,655 คน เพศชาย 191,295 คนคน และคาดว่าในปี 2580 จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 1,350,000 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท โดยมีอาการความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาวน์ปัญญา ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Alzheimer's Association, 2018) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ (Prachuablarp, 2014) อาจพูดจาซ้ำๆ มีพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว ภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นำไปสู่การบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองเกิดการพึ่งพาในระยะยาว (White CL, 2018)

จากการที่ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพ ที่ยังไม่มีแนวทางการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่อาการจะดำเนินไปอย่างก้าวหน้า ทำให้มีปัญหาทางด้านอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมไปถึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจต้องดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (Kalaria, 2008) ภาวะสมองเสื่อมอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแลทั้ง ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่บ้านอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไปตามสถานการณ์ในแต่ละวัน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองโดยอาการของโรคจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจการเข้าสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Dettmore, Kolanowski & Boustani, 2009)

จากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลกระทบต่อผู้ทำหน้าที่ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีความก้าวหน้าของโรครุนแรงขึ้นตลอดเวลา จนในระยะท้ายผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพิง นับเป็นภาระหนักทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (Koskie B, Akers W, 2018) ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลอย่างหนักและต่อเนื่อง และได้รับ

ผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงาน (ซัชวาล, 2561) การเผชิญปัญหาจากการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกิดภาวะเครียดขึ้น (Dickens et al., 2009) มีการศึกษาของ Sheehan (2020) พบว่าระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดในระดับสูง แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนั้น ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนาย ภาวะสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, 2018) พบว่า ความเครียดจากบทบาทการ ดูแลโดยตรงมีผลกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Ross (2015) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มโอกาส เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า หวาดระแวง เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีความเครียดจากการดูแลที่หนักและวิตกกังวลจากการเผชิญกับกลุ่มอาการที่ไม่แน่นอนจาก ผู้สูงอายุ การพักผ่อนไม่เป็นเวลา มีปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้หงุดหงิดและโมโหง่าย (ซัชวาล วงศ์ สารี, 2018) ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพ การดูแลลดลง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งความรู้สึกว่า ผู้สูงอายุเป็นภาระ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Kim, 2009) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความก้าวหน้าของโรค อาการและอาการแสดงแตกต่างกัน ซึ่งภาระใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเสื่อมของสมอง และมีปัญหาพฤติกรรมที่ต้องให้การ ดูแลเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตของผู้ดูแล เห็นได้ว่าการ เข้าใจถึงความสำคัญของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะถ้าหากผู้ดูแลเกิดปัญหาจากการที่ต้องดูแลเป็น เวลานาน ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเองด้วย

ความเครียดของผู้ดูแล จากแนวคิดการดูแลของ Archbold หมายถึง ความยากลำบากใน การตัดสินใจ หรือการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (Archbold et al, 1990) มีการศึกษาถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุของ Archbold และคณะ พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ คู่สมรส การบกพร่องทางความทรงจำ จำนวนเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ต่าง เกื้อกูลกัน และ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และแนวคิดของ Pearlin (1981) ชื่อว่า Pearlin's caregiving stress paradigm พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดบางปัจจัยที่คล้ายกับของ Archbold ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และที่ไม่เหมือนคือ ระดับการศึกษา รายได้ และที่อยู่ อาศัย มีการศึกษาของ Scharlach (2006) และการศึกษาของ Lecovich (2008) ระบุว่าปัจจัย ทางด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงระยะเวลาในการดูแล จะมีความสัมพันธ์กับ ระดับความเครียด และความเหนื่อยล้า โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ การศึกษา และ ฐานะทางการเงินน้อย จะมีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิต ที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มี

อายุมากกว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า ยังพบว่าความเครียดในผู้ดูแล เป็นผลโดยตรงมาจากสภาพจิตใจของผู้ได้รับการดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ทั้งนี้การศึกษาในประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแลพบว่า เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป ซึ่งในผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ รศรินทร์ และคณะ (2014) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานภาพของบุตรที่เป็นเป็นผู้ดูแลซึ่งแต่งงานแล้ว และ สถานภาพหย่าร้าง ความเพียงพอของรายได้การดูแล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการเตรียมความพร้อมด้านการเงินของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามยังพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบได้ไม่มาก ที่ผ่านมาจะเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ได้แก่ ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของสุคนธ์พนิช รัตพันธ์ พงศ์ (2018) พบว่าความเครียด ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน และการศึกษาเชิงพรรณนา ได้แก่ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ สุมนธชา มั่งมี (2021) พบว่า ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ขณะที่ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งการคัดเลือกปัจจัยในการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยอยู่ 2 ปัจจัย แต่มีอยู่ 1 ปัจจัยที่เหมือนกันคือความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ที่ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

ในขณะที่เดียวกันต่างประเทศ การศึกษาเรื่องของปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการศึกษาในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของการศึกษาเชิงทดลอง ไม่ทดลอง และเพื่อเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของต่างประเทศ ที่มีความแตกต่างของบริบทในสังคม ที่ผู้ดูแลในต่างประเทศมักจะเป็นคู่ชีวิตมากกว่าที่จะเป็นบุตรหลาน ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทย ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลาน ค่านิยม และวัฒนธรรมการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุมาก ถือเป็นเรื่องสำคัญในสังคมไทย มีการให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งถึงว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ (มณี ภิญโญพรพาณิชย์, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ยังไม่ได้มีการศึกษาชัดเจนในประเทศไทย ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล เพื่อนำมาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเรื่องความเครียดของ

ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายองค์ความรู้ และพัฒนาการพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้การให้การดูแลแก่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน กับความเครียด ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กัน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้าน เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียด ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำกรอบแนวคิดของ การศึกษาของ Archbold (1980) แนวคิดผู้ดูแลครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ 1.ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ประกอบไปด้วย ปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล 2.การดูแลครอบครัว ประกอบไปด้วยปริมาณกิจกรรมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น และความสามารถในการทำนายนการดูแล 3.การตอบสนองของการดูแลครอบครัว ประกอบไปด้วย ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทางด้านบวก คือ ได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทางด้านลบ คือความเครียดในบทบาท ผลลัพธ์จากการให้การดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ซึ่งจากการพบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ คู่สมรส การบกพร่องทางความทรงจำ จำนวนเวลาในการดูแล, ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกัน และ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล มาเป็นแนวคิดในการคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้แนวคิดของ Archbold (1980) เป็น

แนวคิดที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาความเครียดของผู้ดูแลอย่างครอบคลุมครบทุกมิติ แนวคิดมีการระบุถึงสาเหตุของความเครียดในผู้ดูแลอย่างเป็นเป็นองค์รวม ซึ่งทำให้ทราบถึงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ทำให้สามารถวางแผนการให้การดูแลแก่ผู้ดูแลที่มีความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถนำมาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้ได้ Kim (2009) ได้กล่าวไว้ว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

เพศ คือ รุปลักษณะที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย ราชบัณฑิตยสถาน (2554) เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลสมองเสื่อมโดยตรง ทำให้ระดับความเครียดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน และเนื่องจากสถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบัน มีรูปแบบการอยู่อาศัยกับคู่สมรสโดยไม่มีบุตรเพิ่มมากขึ้นทำให้ทำให้ผู้ที่ต้องเผชิญและรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักได้รับผลกระทบจากการดูแลและมีความยากลำบากในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน(รุ่งนภา อุดมลาภ, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศหญิงมีความเครียดที่สูงกว่าเพศชายเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Laura N. Gitlin, 2001) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ รศรินทร์ เกรย์ (2557) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยพบว่าผู้ดูแลเพศชายมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศหญิง

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ คือ คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางด้านบวกที่เกิดขึ้นได้ในขณะการดูแล ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแล Archbold, Stewart, Greenlick and Harvath (1990) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากความรัก ความใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกัน ภายใต้สถานการณ์การดูแล จากการศึกษาของ Lyons, et al (2007) พบว่า หากผู้ดูแล และผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ ต่างเกื้อกูลในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในระดับสูง และถ้าหากผู้ดูแลและผู้ป่วยความสัมพันธ์ที่ดีก็จะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Decha et al (2018) ที่ทำการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเชียงใหม่ประเทศไทย ระบุว่าในผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลได้ และปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

ชั่วโมงในการดูแล คือ ระยะเวลาในการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน มาจากแนวคิดของ Archbold (1990) ความเครียดโดยทั่วไปในการให้การดูแล จากการศึกษาของ อรอนงค์ กุล

ณรงค์ (2555) พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลา 9-16 ชั่วโมงต่อวัน ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ทำให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยของการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้เช่นเดียวกับ Deokju K (2017) ที่ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลในเกาหลีใต้ พบว่าปัจจัยด้านชั่วโมงในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

คุณภาพการนอนหลับ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณและการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น (Buysse et al,1989) คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลเป็นผลกระทบโดยตรงจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จัดอยู่ในผลกระทบด้านร่างกายเนื่องจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องให้การดูแลตลอดเวลาในกรณีที่เป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว ในบางครั้งอาจรวมถึงช่วงกลางคืน การแบกรับภาระในการดูแล อาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เป็นห่วง และกระทบกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงกับผู้ที่ได้รับการดูแลถ้าหากผู้ดูแลพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ดูแลเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจากถ้าหากผู้ดูแลมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่ออารมณ์ ทำให้หงุดหงิดและโมโหง่าย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2018) การศึกษาของ Patricia A. Carter (2000) ระบุว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ดูแลอยู่ในระดับรุนแรงและกว่า 95% ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับวงจรการนอนหลับและผู้ดูแลส่วนมากไม่ต้องการใช้ยานอนหลับในการช่วยส่งเสริมการนอนหลับเพราะกังวลว่าจะรบกวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างคืนยิ่งส่งผลให้ปัญหาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น (Susan M. McCurry, 1998) (Bruna M Luchesi, 2016)

ความสอดคล้องในการมองโลก คือ การรับรู้โลกอย่างผสมกลมกลืนเป็นการรับรู้โลกทั้งด้านความคิดและอารมณ์มองโลกตามสภาพความเป็นจริง และเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเกิดจากตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อธิบายได้ คาดการณ์ได้และสามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถหาแหล่งความช่วยเหลือจากผู้อื่น (สมพร สุทัศนีย์, 2547) ทั้งนี้ความสอดคล้องในการมองโลกเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิล แพงศรี, 2013) เป็นการประเมินคุณลักษณะ (construct) ของบุคคลอันเป็นลักษณะทางจิตวิทยา เป็นคุณลักษณะที่สำคัญและจำเป็นในการดำรงชีวิต มีผลต่อความผาสุกและการมีสุขภาพดี (Johnson,1992.;Svartvik et al., 2000) นิยมใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด (Antonovsky, 1991) จากแนวคิดของ Antonovsky (1987) ระบุถึงลักษณะของบุคคลที่มีความสอดคล้องในการมองโลก ที่มีระดับสูง จะเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ มองปัญหาว่าท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา สามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงตามความจริงมากที่สุด (Lazarus& Folkman, 1984) สามารถปรับพฤติกรรมทาง

สุขภาพได้ดี สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี โดยแนวคิดจะมุ่งที่แก้ปัญหาที่การเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม มากกว่าที่จะแก้ไขที่ตัวสาเหตุของความเครียด (stressor) ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถจะแก้ไขได้ ดังในการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ได้รับการดูแลเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากการทบทวนวรรณกรรม Signe A (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และ ความสอดคล้องในการมองโลก ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าความสอดคล้องในการมองโลก ที่มีระดับต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะเครียดในบทบาทผู้ดูแล ผลการศึกษาระบุว่า ความสอดคล้องในการมองโลก เป็นตัวประเมินในการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดี อดี สามารถใช้เป็นแบบวัดถึงผลที่ตามมาหลังจาก การดูแลของบุคคลได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีความเฉพาะบุคคล สามารถนำผลที่ได้ไปวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Krissten Ekval (2004) ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุระบุว่าความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการเผชิญกับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

อารมณ์ขัน คือ ความสามารถของบุคคลที่สามารถค้นพบและแสดงความรู้สึกขบขันต่อความคิดหรือเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกันออกมาได้ (Ferguson, 1989 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) และ Freud กล่าวว่าอารมณ์ขันเป็นกลไกทางจิตที่ช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรหยาบคายออกมาในทางที่สังคมยอมรับ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) Robinson (1991) ให้ความหมายของอารมณ์ขันว่าเป็นทัศนคติความคิดทำให้บุคคลใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างสันติหรืออารมณ์ขันเป็นการติดต่อสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางรับรู้ด้วยความตลก อันไปสู่ความสนุกสนานเพลิดเพลิน การยิ้มและการหัวเราะ อารมณ์ขันส่งผลต่อจิตใจช่วยให้ผ่อนคลายทั้งจากด้านสรีระวิทยาและอารมณ์ความรู้สึก มีอิสระจากความกังวล ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด โดยใช้การติดต่อสื่อสารเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลเกิดความ เข้าใจ ยอมรับกันและกัน (Thorson & Powell, 1997) ส่งผลให้ความเครียดลดลง (วัลลภา สว่างแจ้ง, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรม Martha D (1998) ทำการศึกษาในคู่สมรสของผู้มีภาวะสมองเสื่อม 96 คนในสหรัฐอเมริกา เรื่องอารมณ์ขันและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ระบุว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีระดับของอารมณ์ขันต่ำ จะมีความเครียด มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีระดับอารมณ์ขันสูง นอกจากนี้อารมณ์ขันยังช่วยในเรื่องความสนุกสนานในชีวิต พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้เป็นอย่างดี

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ชั่วโมงในการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlational study) โดยทำการศึกษาในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษา ณ คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประชากร คือผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และมารับการตรวจติดตามผลการรักษา ณ คลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ

เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน

ตัวแปรตาม คือ

ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ไม่เคยผ่านการอบรมในการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับค่าตอบแทน ผู้ดูแล อาจจะเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัว

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึงบุคคลผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบากในการตัดสินใจ หรือการรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ ในการศึกษาในผู้ดูแลที่มีภาวะเครียด หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 21 คะแนน ขึ้นไป โดยเป็นการรับรู้ตามความรู้สึกของผู้ดูแลในการศึกษาประเมินความเครียด จากการศึกษาที่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ Thai version of Zarit Burden Interview (ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, 2011)

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่บ่งบอกความเป็นชายหรือหญิง โดยเพศของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็นเพศชายและหญิง

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ หมายถึง ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ในการศึกษาในผู้ดูแลที่มีระดับความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ (2002) ในการประเมิน

ชั่วโมงในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาของผู้ที่ดูแลในการให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ต่อวันนับเวลาเป็นจำนวนชั่วโมง โดยผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้ระบุเป็นจำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยต่อวัน มีตั้งแต่ 1-24 ชั่วโมง

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ถึงคุณภาพการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น เช่น นอนหลับสนิท โดยในการศึกษาที่ใช้ประเมินโดยใช้แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแล Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรวิฑูรณ์ชัยสวัสดิ์ (1997)

ความสอดคล้องในการมองโลก หมายถึง การมองโลกว่าเป็นการรับรู้โลกอย่างผสมกลมกลืน เป็นการรับรู้โลกทั้งด้านความคิดและอารมณ์มองโลกตามสภาพความเป็นจริง และเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเกิดจากตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อธิบายได้ คาดการณ์ได้ และสามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถหาแหล่งความช่วยเหลือจากผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก (Antonovsky, 1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สมพร สุทัศน์ีย์, 2004) หมายถึง ระดับคะแนนที่มากจะทำให้มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดีขึ้น สามารถเผชิญกับภาวะความเครียดได้ดี

อารมณ์ขัน หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่สามารถค้นพบและแสดงความรู้สึกขบขันต่อความคิดหรือเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกันออกมาได้ (Ferguson, 1989 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) และ Freud กล่าวว่าอารมณ์ขันเป็นกลไกทางจิตที่ช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกไม่เป็นที่สมารถหาคายออกมาในทางที่สังคมยอมรับ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) อยู่ร่วมกับ

บุคคลอื่นได้อย่างสันติหรืออารมณ์ขันเป็นการติดต่อสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางรับรู้ด้วยความตกลง อันไปสู่ความสนุกสนานเพลิดเพลิน การยิ้มและการหัวเราะ อารมณ์ขันส่งผลต่อจิตใจช่วยให้ผ่อนคลายทั้งจากด้านสรีระวิทยาและอารมณ์ความรู้สึก มีอิสระจากความกังวล ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด โดยใช้การติดต่อสื่อสารเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลเกิดความ เข้าใจ ยอมรับกันและกัน ในที่นี้หมายถึง อารมณ์ขันของผู้ดูแล โดยผู้ที่มีอารมณ์ขันประเมินโดยใช้แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน ของ วัลลภา สว่างแจ้ง (2542)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม และตรงจุด เข้าใจในการช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม

2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยป้องกันและลดความเครียดในการให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษา ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปเนื้อหาเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้มีภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุดมการณ์
 - 1.3 สาเหตุภาวะสมองเสื่อม
 - 1.4 อาการแสดง ระดับความรุนแรง
 - 1.5 แนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษา
 - 1.6 บทบาทพยาบาล
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.1 ประเภทของผู้ดูแล
 - 2.2 การแบ่งลักษณะของผู้ดูแล
 - 2.3 ความหมายและลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.4 แนวคิดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
 - 2.5 ผลกระทบจากการดูแล
 - 2.6 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแล
3. ความเครียดในผู้ดูแล
 - 3.1 แนวคิดความเครียดผู้ดูแล
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - 3.2.1 เพศ
 - 3.2.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - 3.2.3 ชั่วโมงในการดูแล
 - 3.2.4 คุณภาพการนอนหลับ

3.2.5 ความสอดคล้องในการมองโลก

3.2.6 อารมณ์ขัน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิด

1. ผู้มีภาวะสมองเสื่อม

1.1 ความหมาย World Health Organization (2017) ระบุว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ ความทรงจำ การรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคล การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้การใช้ภาษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่จะไม่ส่งผลต่อความรู้สึกตัว นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม อีกทั้งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ

สถาบันประสาทวิทยา (2557) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชาณปัญญา อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม รวมทั้งภาวะในการดูแลของครอบครัว

American Psychiatric Association (1995) ระบุว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติในด้านความคิด สติปัญญา และความจำ ทั้งความจำระยะสั้น และความจำระยะยาว ส่งผลต่อความผิดปกติในความสามารถตัดสินใจ ความคิดเชิงนามธรรม มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เกิดความไม่เข้าใจภาษาพูด มีพฤติกรรมพูดซ้ำๆ สับสนในเรื่องของวันเวลาสถานที่และบุคคล รวมทั้งความผิดปกติของอาการทางจิตและแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม อันส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม

วรารณณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ (2548) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ที่รุนแรงรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และครอบครัว รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประชากรวัยสูงอายุ (Mask and Sykes, 2000) เนื่องจากการดำเนินโรคที่ค่อนข้างล่าช้า และอาการค่อยเป็นค่อย

ไป โดยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว ประกอบกับญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุ มีอาการหลงลืม มีความจำลดลง เป็นกลุ่มอาการที่สามารถพบได้ทั่วไป ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย รวมถึงระบบต่างๆ ที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Neary and Mahoney, 2005) ซึ่งประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลต่อการประเมินภาวะสมองเสื่อม เกิดความล่าช้า นั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า และนำไปสู่การรักษาที่ซับซ้อน

1.2 อุตติการณ์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รายงานข้อมูลที่เผยแพร่เมื่อเดือนพฤษภาคมปีพ.ศ. 2555 ระบุว่าภาวะสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาที่นำเป็นห่วงในระดับโลกโดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 35.6 ล้านคนเป็น 65.7 ล้านคนทั่วโลกภายในปี พ.ศ. 2573 และเมื่อถึงปี พ.ศ. 2593 คาดว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นอีกมากกว่า 3 เท่า และพบว่าคนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 5-8 ส่วนคนที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และผู้ที่มีอายุมากเกิน 90 ปี ขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมสูงจนถึง ร้อยละ 50 ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมมากกว่า เพศชาย สำหรับในประเทศไทยรายงานข้อมูลโดยกระทรวงสาธารณสุขพบความชุกของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 3-5 โดยความชุกจะพบมากขึ้นตามอายุซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี และข้อมูลที่รายงานไว้ในปีพ.ศ.2558 มีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 600,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง ทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ความจำ เสื่อม ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ มีพฤติกรรมแปลกๆบุคลิกภาพเปลี่ยนไปมีความผิดปกติในการใช้ภาษา การคำนวณ ความเข้าใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์การเสื่อมของสมองนี้จะ เป็นไปอย่างต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไป ในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (ผศ.นพ. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล)

1.3 สาเหตุภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมพบว่า สาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัด สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) จึงได้จำแนกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมตามที่มาของสาเหตุ ไว้ดังนี้

1.3.1 สาเหตุปฐมภูมิคือความผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด ดังนั้นจึงยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือป้องกันการเกิดได้ กลุ่มที่พบนี้มีประมาณร้อยละ 60-70 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด ที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคอื่นๆ เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) โรคพิก (Pick's disease) เป็นต้น

1.3.2 สาเหตุทุติยภูมิ คือภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากความบกพร่องในส่วนอื่นของร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานในเซลล์ประสาท ก่อให้เกิดอาการทางสมอง ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาให้หายได้ที่พบบ่อย คือโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดเลือด (Vascular Dementia) เช่น เส้นเลือดตีบ หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจากเนื้อสมอง หรือจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ และกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบี12 ติดเชื้อในสมอง เกิดจากสารพิษและยา เช่น สุรา ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความเชื่อมโยงกับอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสและความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมก็พบมากขึ้นด้วยเช่นกัน (ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558) เนื่องจากสมองมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นน้ำหนักสมองจะลดลงจากการสูญเสียเซลล์สมอง โดยเซลล์ที่เปลือกสมองใหญ่จะสูญเสียเร็วกว่าที่ก้านสมอง นั่นหมายถึงการติดต่อกันของใยประสาทสำหรับความรู้สึก(dendrite) ลดลง มีsenile plaque และ neurofibrillar plaque และมี lipofuscin สะสมอย่างช้าๆ ในเซลล์กล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและเซลล์อื่นๆด้วย อีกทั้งอัตราการไหลเวียนของเลือดในสมองก็ลดลงด้วยเช่นกัน เนื่องจากหลอดเลือดตีบแคบลง สรีระการนอนหลับก็เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจาก hypothalamus ทำงานลดลง การนำเข้าสู่สัญญาณประสาทและคำสั่งจากก้านสมองก็ช้าลงเช่นกันทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทรุนแรงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Price and Wilson, 2003) ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้พบว่าความเสื่อมสภาพของเซลล์สมองในผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนั้นโน้มแนวโน้มให้วิวัฒนาการหลายส่วนภายในสมองเริ่มเสื่อมสภาพ พร้อมกับมีโรคหลายชนิดเข้ามาเป็น สาเหตุร่วม เช่น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรือแตกจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน มีเนื้องอกในสมอง การขาดสารอาหารบำรุงสมองจำพวกวิตามินบี 1 และบี 12 เหล่านี้ล้วนแต่ลดทอนประสิทธิภาพการทำงานของสมองลงเรื่อยๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 11.4 ในขณะที่โอกาสและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 4 เท่า เมื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้เป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ที่พบในผู้สูงอายุได้มากถึงร้อยละ 60-80 (ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558)

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม

ภรรณีวิทย์ อนันต์ดิถีกุล (2564) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่

1. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

1.1 การมีกิจกรรมทางกาย ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีกิจกรรมทางกายน้อยและพบว่า การออกกำลังกายแบบ Aerobic (ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องนานประมาณ 30

นาทีและมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 220-อายุ ครั้งต่อนาที โดย ความถี่ในการออกกำลังกายที่ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Angevaren et al,2008)

1.2 ดัชนีมวลกายผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (overweight: Body Mass Index = 25-29 kg/m²) และภาวะอ้วน (obesity: Body Mass Index \geq 30 kg/m²) (Loef M,2013)

1.3 การรับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet ผู้ที่รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet (คืออาหารที่มีส่วนประกอบของ ผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา ไวน์แดง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet เป็นประจำ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม Alzheimer diseaseและภาวะสมองเสื่อมจากโรคParkinson ลดลง13% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet (Sofi et al, 2008)

1.4 การดื่มแอลกอฮอล์การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อย (ประมาณ 1-6 drinks/สัปดาห์) สามารถลดความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมลดลง 37% (95% CI: 25%-47%) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ดื่มหรือดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก (Peters R et al, 2008)

1.5 การศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Livingston G, 2017)

1.6 โรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมรวมถึงโรคเบาหวานก็เป็นความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมเช่นกัน (Livingston G, 2020)

1.7 การสูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่มีงานวิจัยพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อายุเกิน 60 ปี หากหยุดสูบบุหรี่นานกว่า 4 ปี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Livingston G, 2020)

1.8 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมพบว่าผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และพบว่าคนที่ผู้สูงอายุมีการเข้าสังคมอย่างต่อเนื่องในช่วงวัยกลางคนนั้นสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Sommerlad A, 2019)

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่นอายุ เพศ พันธุกรรม

2.1 อายุ อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป จะพบการเปลี่ยนแปลงของเนื้อสมอง เนื้อสมองมีเซลล์ประสาทที่ลดลง ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม Alzheimer's และโรค Vascular dementia

2.2 พันธุกรรม ในผู้ที่มียีนผิดปกติบางชนิดจะเพิ่มโอกาสที่จะเป็นโรคสมองเสื่อม ยกตัวอย่างเช่นในผู้ที่มีความผิดปกติของ APOE4 นั้นจะส่งเสริมความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม Alzheimer's เพิ่มมากกว่าคนปกติได้ร้อยละ 20 ถึง 90 เป็นต้น (Chen JH et al, 2009)

2.3 เพศ มีการศึกษาในประชากรชาวจีนที่อายุมากกว่า 60 ปี พบว่าเพศหญิงมีความชุกของโรคสมองเสื่อม Alzheimer's มากกว่าเพศชาย แต่การศึกษาในประเทศอิตาลีและสเปนนั้นไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม (Chen JH et al, 2009) เนื่องจากปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นค่อนข้างซับซ้อน ไม่ได้เกี่ยวกับเพศเป็นหลักต้องอาศัยการศึกษาวิจัยค้นคว้าเพิ่มเติม

1.4 อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

1.4.1 อาการและอาการแสดง ประกอบไปด้วย

- 1.หลงลืมง่าย
- 2.มีความผิดปกติเกี่ยวกับความสามารถของสมองที่เรียกว่า cognitive function เช่น ความจำ การรับรู้ เหตุผล การตัดสินใจ จินตนาการ ความคิดที่ลดลงมากกว่าเดิม
- 3.มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เช่น การแต่งกาย ความสะอาด
- 4.ปัญหาพฤติกรรม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BSPD)

ภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะค่อยๆ เพิ่มระดับความรุนแรง ตามการเปลี่ยนแปลงของสมองที่เสื่อมลง ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; ธัญญรัตน์ โอนทัยสินทวีและคณะ, 2558; American Psychiatric Association, 1995; WHO, 2017) ดังนี้

1.4.2 ระยะที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive impairment: MCI) เป็นระยะก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านความจำร่วมกับความสามารถของสมองส่วนอื่นๆ อาการเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุด คือ การสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ๆ เช่น ลืมสิ่งของบ่อยๆ ลืมวันนัด ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ล้มเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน เก็บของผิดที่แบบคาดไม่ถึง เล่าเรื่องเดิมซ้ำ พูดซ้ำๆ ถามซ้ำๆ กับคู่สนทนา คนเดิม ขาดไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ไม่ซับซ้อนหรือใช้วิธีการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม

1.4.3 สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild dementia) โดยผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เหลือเพียงความจำส่วนที่เกี่ยวข้องกับอดีตที่ยังดีอยู่ เริ่มมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ และการใช้ชีวิตในสังคม แต่ยังสามารถอยู่คนเดียวได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และยังมีารตัดสินใจค่อนข้างดี อาการแสดงที่พบ ได้แก่

- 1) จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน
- 2) ไม่สามารถจำชื่อสถานที่ที่คุ้นเคยได้
- 3) ลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นอย่างดี จำชื่อคนที่ถูกแนะนำใหม่ไม่ค่อยได้
- 4) ไม่ค่อยมีสมาธิ
- 5) หลงทางเมื่อเข้าไปในที่ที่ไม่คุ้นเคย
- 6) เริ่มนึกคำพูดไม่ออก
- 7) อ่านหนังสือหรือบทความแล้วจับใจความได้เพียงเล็กน้อย
- 8) ความสามารถในการจัดการด้านการงานและด้านสังคมลดลง
- 9) บางรายมีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีท่าทางเฉยเมย

ไม่สนใจกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เคยชอบทำ อาการเปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าวิตกกังวล

1.4.4 สมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) โดยในระยะนี้ความจำเสื่อมลงมากขึ้น มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น ความสามารถในการคำนวณ การกระระยะทาง ไม่สามารถใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าบางชนิดได้ ทั้งที่เคยทำได้มาก่อน ทำอาหารที่เคยทำไม่ได้ ลืมชื่อสมาชิกในครอบครัว ช่วงท้ายระยะนี้อาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน ดังนั้นการปล่อยให้ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้อยู่ตามลำพังอาจเป็นอันตราย จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องมีผู้ดูแลในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ อาการแสดงที่พบ ได้แก่ 1) สับสนเกี่ยวกับวัน เวลาสถานที่ 2) ความรู้เรื่องเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง 3) อาจจะไม่จำทางกลับบ้านไม่ได้ 4) ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เป็นความต่อเนื่องกัน 5) ลืมสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน 6) ไม่สามารถนับเลข บวกเลข ลบได้ 7) มีความยากลำบากในการพูดคุยสื่อสารมากขึ้น 8) จำเป็นต้องมีคนช่วยทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นการถามคำถามซ้ำๆ ตะโกนเสียงดัง มีพฤติกรรมรบกวน ในช่วงท้ายของระยะนี้อาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งในบ้านและนอกบ้าน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว

1.4.5 สมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) โดยในระยะนี้จะจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย สูญเสียความจำอย่างรุนแรง จำญาติพี่น้องไม่ได้หรือแม้แต่ตนเองก็อาจจำไม่ได้ด้วย มักเดินหลงทางในบ้านตนเอง มีความผิดปกติต่างๆ เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า เดินช้า

หรืออาจจะเคลื่อนไหวไม่ได้กลายเป็นอัมพาต และอาจเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหารและเสมหะ ติดเชื้อจากแผลกดทับ ที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ อาการแสดงที่พบ ได้แก่

- 1) มีความคิดหลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ
- 2) มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ก้าวร้าวต่อผู้ดูแล แสดงออกด้วยพฤติกรรมทากาย เช่น ตะแคงศีรษะ ส่งเสียงครวญ คราง เป็นต้น มีความวิตกกังวล ร้อนใจ กังวลต่อเหตุร้ายแรงที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง

- 3) ขาดความสามารถในการตัดสินใจ
- 4) สูญเสียความสามารถในการใช้ถ้อยคำ
- 5) กลืนปัสสาวะไม่ได้
- 6) ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือเลือกอาหารรับประทานเองไม่ได้
- 7) สมองไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายกระทำตามสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การเดิน การยืน การก้าวเท้า หรือการพูด เป็นต้น จำเป็นต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ทั้งนี้วิธีป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลควบคุมภาวะความดันโลหิต เบาหวาน ไขมันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสม่ำเสมอหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หลีกเลี่ยงสารเสพติดซึ่งจะมีผลทำลายสุขภาพในระยะยาว ไม่สำส่อนทางเพศ เพื่อ ป้องกันโรคเอดส์ ระวังอุบัติเหตุชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่ศีรษะ ทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส อยู่เสมอ มีความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นในครอบครัวยอมรับสภาพตามความเป็นจริง ทำกิจกรรมที่มีการฝึกสมอง และไม่เคร่งเครียดเกินไปที่สำคัญ ควรตรวจสุขภาพประจำปี

1.5 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และแนวทางการรักษา (แนวทางเวชปฏิบัติ ภาวะสมองเสื่อม, 2563) ในการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การซักประวัติอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ในการวินิจฉัยแยกโรค ควรมีการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้ามาช่วย ในการวิเคราะห์สาเหตุร่วมด้วยเสมอ สำหรับการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ใช้ในการตรวจร่างกายประกอบด้วย

1.5.1 การตรวจร่างกายทั่วไป (General physical examination) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำทุกราย เพื่อช่วยวินิจฉัยหาสาเหตุเบื้องต้น ของการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (วรารณณ์ ภูมิสวัสดิ์,2548)

1.5.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท (Neurological examination) นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว การประเมินการทำงานของสมองในด้านปริชาน (cognition) ก็มีความสำคัญ และช่วยในการคัดกรอง หรือวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และ)นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญในการยืนยันสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเมื่อเกิดคดีความได้เนื่องจากปริชาน (cognition) มีหลายด้าน การประเมินปริชาน

ควรครอบคลุมการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ได้แก่ ความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ (visuospatial function) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่เป็น Alzheimer's dementia จะสูญเสียปริมาตรในด้านของการเรียนรู้และความจำค่อนข้างเด่นเมื่อเทียบกับปริมาตรในด้านอื่น เป็นต้น นอกจากนี้ การทราบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของปริมาตรด้านใด ยังช่วยในการวางแผนการรักษา ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาต่อไป

การทดสอบทางประสาทจิตวิทยามีหลายชนิด มีประโยชน์ในการประเมินปริมาตรในภาพรวม เช่น TMSE, modified TMSE (MTMSE), MCODE หรือ RUDAS เป็นต้น โดย MTMSE และ MoCA-B สามารถใช้ประเมินผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ป.4 ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ หรือเป็นการตรวจเฉพาะด้าน (specific cognitive domain) เช่น clock drawing test และ verbal fluency test เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีแบบการประเมินโดยละเอียด ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ เช่น comprehensive neuropsychological tests เป็นต้น ในแต่ละแบบทดสอบจะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะปริมาตรบกพร่องเล็กน้อย (MCI) หรือภาวะสมองเสื่อมที่ต่างกัน ในการประเมินให้คะแนนในแต่ละการทดสอบควรคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานอาชีพการงานเดิม ภาวะทางกายหรือทางใจที่ส่งผลให้ไม่สามารถทำการทดสอบได้เต็มที่ เช่น มีอาการแขนขาอ่อนแรง พุดไม่ชัด หรือมองไม่เห็น เป็นต้น

1.5.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถือว่าเป็นการตรวจขั้นพื้นฐานที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม สำหรับการคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่ปัญหาด้านความจำ หรือสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืมนั้นมีจุดประสงค์หลักเพื่อหาสาเหตุของปริมาตรบกพร่องนั้นว่ามีสาเหตุจากภาวะหรือโรคที่สามารถรักษาให้หายคืนเป็นปกติหรือไม่ (potentially reversible dementia) การตรวจวินิจฉัยจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลักๆคือ

1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป
2. การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ

1.5.3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป จุดประสงค์หลักของการส่งตรวจในกลุ่มนี้ เพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมหรือระดับปริมาตรที่เสียไปจากสาเหตุที่สามารถรักษาได้ นอกจากนี้การตรวจดังกล่าวอาจพบความผิดปกติซึ่งไม่ได้เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะสมองเสื่อมโดยตรง แต่เป็นโรครวม (co-morbid) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการของความจำผิดปกติการส่งตรวจ

เหล่านี้ อาจมีการส่งตรวจมากกว่า 1 ชนิด และขึ้นกับอาการและภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละคน แนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานดังนี้

1. Complete blood count (CBC)

2. Electrolytes

3. Thyroid function test (TFT)

4. Renal function test (BUN, Cr)

5. Liver function test (LFT)

6. Vitamin B12 level (ในกรณีที่สงสัยหรือมีภาวะเสี่ยง เช่น

รับประทานมังสวิรัตติ ประวัติผ่าตัดกระเพาะอาหาร มีโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติในอดีตหรือมีประวัติครอบครัว เช่น โรคไทรอยด์ โรคต่างขา โรคซีดไม่ทราบสาเหตุ)

7. VDRL

8. Anti-HIV

1.5.3.2 การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เนื่องด้วยในปัจจุบันมีการค้นพบโรคที่มีอาการของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ มีอาการทางคลินิกที่คล้ายคลึงกันกับโรคอัลไซเมอร์ การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและให้การรักษาด้วยยากภูมิคุ้มกันจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับคืนมาปกติได้ การส่งตรวจแนะนำส่งตรวจเป็น Panel มากกว่าการเลือกการส่งตรวจทีละอย่าง โดยควรส่งทั้งเลือดและน้ำไขสันหลังในเวลาเดียวกัน โรคภูมิคุ้มกันผิดปกติที่มักแสดงอาการต้นความจำหรือปรีชาหน้าที่ผิดปกติที่พบบ่อย คือ Anti-NMDAR, Anti-LGI1, Anti-AMPA, Anti-HU (ANNA1) แต่การส่งตรวจนี้ในปัจจุบันทำได้เฉพาะในสถานพยาบาลตติยภูมิบางแห่งเท่านั้น และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการแปลผลการตรวจ จึงต้องให้หลักเกณฑ์การเลือกส่งตรวจทางด้านภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยที่มีอาการหรือปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

1. มีอาการด้านความจำปรีชา (cognition) พฤติกรรมที่ผิดปกติหรือระดับความรู้สึกที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นเร็วในระยะเวลาสั้นกว่า 3 เดือน

2. มีอาการชัก ในรูปแบบของการเกร็งกระตุกของร่างกาย หรืออาการเหม่อลอย หรือมีอาการของ autonomic symptoms เช่น อาการขนลุก กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือการรับรู้รสหรือกลิ่นผิดปกติเป็นพักๆ

3. มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (abnormal movement) เช่น orofacial dyskinesia หรือ faciobrachial dystonic seizure (FBDS)

4. ตรวจพบความผิดปกติของภาพถ่ายแม่เหล็กไฟฟ้าของสมองบริเวณ medial temporal lobe หรือ พบความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง เช่น มีเซลล์มากกว่าค่าปกติ ระดับโปรตีนในน้ำไขสันหลังสูง หรือตรวจพบ oligoclonal band

5. มีโรคประจำตัว หรือมีประวัติครอบครัวของญาติสายตรง (first degree relative) ที่เป็นมะเร็งหรือโรคในกลุ่มภูมิคุ้มกันผิดปกติของระบบอื่น เช่น pernicious anemia, Hashimoto's thyroiditis

ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากลักษณะอาการบางอย่างที่คล้ายกันกับอาการ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusion state) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่สามารถพบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นการวินิจฉัยจึงเป็นต้องอาศัยวิธีการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การซักประวัติจากบุคคลในครอบครัว มาประกอบกัน

1.5.4 การวินิจฉัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อมแต่ละชนิด มีความสำคัญในการวางแผนรักษา การให้คำแนะนำ และสามารถบอกพยากรณ์โรคได้ อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมบางชนิดนั้น ทำได้ยากและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรมีแผนการส่งต่อที่เป็นรูปธรรมและเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน

ผลจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลภาระที่เกิดขึ้นจากโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ขึ้นตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอาการของตนได้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยอารมณ์โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (Noppasod & Suntornchaiya, 2015) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้มีแต่การรักษาเพื่อชะลอการสูญเสียความจำ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ คือ ภรรยาและบุตรสาว (Aunnapiyak, 2010) (Paemmongkol, 2010) สังคมจึงคาดหวังว่าเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ และการช่วยเหลือส่วนใหญ่จะช่วยเหลือในด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกายเป็นต้นในฐานะการดูแล ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรในองค์กร หรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่ จะช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื่องการเงิน และจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาของ นิชภา โมราถบ และคณะ (2012) พบเช่นกันว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ภาวะสมองเสื่อมในสังคมไทย มีเหตุผลหลักในการรับผิดชอบดูแล เพราะ เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ไม่มีบุคคลอื่นที่จะพึ่งดูแลได้ ไม่มีภาระหน้าที่การทำงาน สมาชิกในครอบครัวคนอื่นต้องการออกไปทำงานหรือแยกครอบครัว เป็นบุตรคนโต ทดแทนบุญคุณ และดูแลด้วยความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย (Srinim, 2014) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการดูแล ดังนั้นการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ หลักการในการ

ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างถูกต้องจึงจะส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.5.5 แนวทางการรักษา

ประกอบด้วยการรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา

1.5.5.1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

การรักษาและการบำบัดโดยไม่ใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่ต้องนำมาใช้ควบคู่กันกับการใช้ยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด การรักษานี้มีหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ซึ่งเป็นพลวัต (dynamic process) และเปลี่ยนแปลงไปตามระยะการดำเนินโรค ก่อนที่จำทำการรักษา ควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ประเมินและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประสาทการรับรู้ เช่น ต้อกระจก การได้ยิน เป็นต้น ทำการบำบัดโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา

ควรมีการสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่องขีดจำกัดความสามารถในการรับรู้ และการเรียนรู้ของผู้ป่วย การฝึกสอนผู้ป่วยต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทน และความพยายามมากเป็นพิเศษ

รูปแบบการรักษา

- 1.การรักษาที่เน้น cognition (cognition oriented) เช่น การพูดคุย เหตุการณ์ประจำวัน การฝึกจำหน้าคน การร้องเพลง เป็นต้น
- 2.การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion oriented) เช่น การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นต้น
- 3.การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation oriented) เช่น การเล่นเกมไพ่ เต็มรำ วาดรูป ดนตรีบำบัด เป็นต้น
- 4.การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior oriented) เช่น การชื่นชมผู้ป่วย การให้รางวัลเมื่อทำกิจกรรมที่เหมาะสม
- 5.การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver oriented) เช่น การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองให้ผู้ดูแล การให้กำลังใจผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราวโดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาลระยะสั้น (respite care)

1.5.5.2. การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management) โดยเป็นยา ที่ต้องให้แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นผู้สั่งยาให้ผู้ป่วยเท่านั้นได้แก่

ยา Donepezil เป็นกลุ่มยารักษาโรคทางระบบประสาท ช่วยป้องกันการทำลายสารสื่อประสาทในสมอง นำมาใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมระดับไม่รุนแรงจนถึงระดับปานกลางในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

ยา Rivastigmine เป็นยารักษาโรคความผิดปกติของระบบประสาท ออกฤทธิ์ช่วยเพิ่มปริมาณสารสื่อประสาทในสมองที่มีผลต่อการทำงานของสมอง ความจำ และการเคลื่อนไหวร่างกาย นำมาใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โรคพาร์กินสัน

ยา Galantamine เป็นยารักษาอาการสับสนระดับน้อยถึงปานกลาง หรือภาวะสมองเสื่อม (dementia) ที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ยานี้ไม่สามารถรักษาโรคอัลไซเมอร์ให้หายขาดได้ แต่จะช่วยเพิ่มความจำ การตระหนักรู้ และความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ยานี้ทำงานโดยช่วยฟื้นฟูความสมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ภายในสมอง

ยา Memantin เป็นยารักษาโรคที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาท ใช้บรรเทาอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะกลางไปจนถึงระยะรุนแรงที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ ออกฤทธิ์โดยยับยั้งกระบวนการทำงานของสารเคมีในสมองที่ผิดปกติ โดยอาจช่วยให้ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์คิดและจดจำได้ดีขึ้น อาจช่วยให้สูญเสียความทรงจำช้าลง

1.6 บทบาทพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่ต้องประสบกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ ขาดประสบการณ์ ขาดการเข้าใจและการยอมรับ และไม่สามารถจัดการหรือให้การดูแลที่เหมาะสมได้

ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และลดภาระของผู้ดูแล โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีหลักความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแลให้สามารถเผชิญและคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (เดือนใจ ภัคดีพรหม, 2548) (ธีรวรรณ คนชม, 2552) ดังนี้

1.6.1 บทบาทของผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการดูแลของแต่ละบุคคล รวมทั้งการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และการดำเนินของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล การยอมรับกับพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย การยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง นำไปสู่การเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

1.6.2 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษารับฟัง ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล หรือจากอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยที่ บางครั้งผู้ดูแลอาจไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง การขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้าน สุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแล และเป็นผู้ใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยในการชี้แนะ หรือกระตุ้นให้มองหาทางเลือก ให้ข้อมูลตามความจริงในแนวทาง ที่จะใช้เพื่อแก้ไขปัญหาโดยให้เห็นข้อดีข้อเสียในแต่ละวิธีการ เพื่อให้ผู้ดูแลพิจารณาตัดสินใจเลือกแนว ทางการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และคำนึงถึงความสามารถของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

1.6.3 บทบาทของผู้ประสานงาน หมายถึง การทำหน้าที่ในการประสานความ ร่วมมือกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม ด้วยการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการที่มีคุณภาพ

1.6.4 บทบาทผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เนื่องจากพยาบาลถือได้ว่าเป็นบุคคล ที่คอยให้การช่วยเหลือและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกสาขาวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้ที่สามารถประเมินสภาพจิตใจและสภาวะอารมณ์ รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือ ทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวในอันดับแรกๆ ด้วยการให้การช่วยเหลือโดยการพูดคุย การ แสดงความเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของ ตนเอง การให้กำลังใจในยามท้อแท้หมดหวัง เหล่านี้ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ การดูแลผู้สูงอายุต่อไป อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และหาวิธีการจัดการกับปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นดังจะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลให้การทำงานของ สมองถดถอยบกพร่องเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง ช่วยเหลือ ตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง จนรุนแรงถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลสมองเสื่อม จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ดูแลสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ดูแล

หลักสำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตาม ความรุนแรงของระยะโรค และใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผน ในการดูแลร่วมกัน เนื่องจากการดำเนินไปของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ เป้าหมายการพยาบาลในบาง ระยะจึงคล้ายคลึงกันโดยสรุปเป้าหมายการพยาบาลในระยะแรก ระยะปานกลาง และระยะสุดท้าย (ปิณฑร สิริทิพากร, 2014)

ระยะที่	เป้าหมายการพยาบาล
ระยะแรก ระยะที่ 1-4 ของโรคสมองเสื่อม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ยาที่ใช้และผลข้างเคียง 2. เตรียมผู้ดูแลหลักและรอง(ถ้ามี) เนื่องจากเป็นการดูแลที่ยาก ซ้ำซ้อน ยาวนานตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน ฟิ้นฟูสุขภาพทั้งกายและใจ คลายความเครียดความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแล 3. วางแผนร่วมกันกับญาติผู้ดูแลในระยะยาว ในเรื่องสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย การเตรียมตัวก่อนตาย การมอบอำนาจหรือการตั้งผู้อภิบาล
ระยะปานกลาง ระยะที่ 5-6 ของโรคสมองเสื่อม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. การจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง 3. การดำรงไว้ซึ่งชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี 4. การจัดการกับโรคร่วมของผู้ป่วย (Dementia care with co-morbidities) 5. ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความเครียด ของผู้ดูแลตลอดจนภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล
ระยะสุดท้าย ระยะที่ 7 ของโรคสมองเสื่อม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลช่วยเหลือในกาทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. การให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 3. การเตรียมตัวก่อนตายให้เป็นการตายที่ดี (Good death)

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขณะอยู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
(ปิติพร สิริทิพากร, 2014)

ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน พยาบาลให้การดูแลดังนี้

1. การประเมิน ก่อนให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล พยาบาลต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย ว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตัวเอง หรือต้องมีผู้ช่วยหรือทำไม่ได้ ประเมินระดับของการรู้คิด ปัญหาการสื่อสาร ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจด้วย เช่นความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกเป็นตราบาป และ

ความเครียดของญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อป้องกันการเกิดความขัดแย้ง การทอดทิ้ง และการทำร้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องประเมินถึงสิ่งแวดล้อม ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและญาติตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ประเมินฐานะทางการเงินของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามความซับซ้อนของแต่ละบุคคล และประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานโดยใช้ Barthel activity of daily living index : ADL (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ซึ่งประเมิน ความสามารถทำกิจกรรม รับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียง การใช้ห้องน้ำ (ถอด ใส่ และการทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) Mobility: การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือในห้อง การแต่งตัว สวมใส่/ถอดเสื้อผ้า (รวมถึงการติดกระดุม รูดซิป และ การใช้เสื้อผ้าเหมาะสม) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นการถ่ายอุจจาระหรือการต้องการ การสวนอุจจาระ การกลั่นการปัสสาวะหรือใส่สายสวนปัสสาวะ

2. แนะนำอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากให้ยาให้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้คอยสังเกตดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และสามารถนำมาปรึกษาแพทย์และปรับยาในการรักษาต่อไป อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด วิงเวียน อ่อนแรง นอนไม่หลับ ฝันร้าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง และ ตะคริว (Tan et al., 2014) (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรกรร, 2553)

3. แนะนำให้ญาติผู้ดูแลสังเกตและประเมินความสามารถของผู้ป่วยในทักษะด้านอื่นๆ ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การขับรถ การเลือกซื้อสินค้า การเลือกซื้ออาหารจากร้านขายของ การทำอาหาร การจัดการการเงิน การทำความสะอาดบ้านด้วยอุปกรณ์ต่างๆ หรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยเคยชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ ทำสวน ฟังเพลง ร้องเพลง เย็บปักถักร้อย เล่นกีฬา เป็นต้น กิจกรรมใดที่ผู้ป่วยยังสามารถทำได้ ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ควรแนะนำให้ญาติผู้ดูแลส่งเสริม กระตุ้นสนับสนุน และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ ต่อไปเพื่อเป็นฟื้นฟูความสามารถของสมองและชะลอการดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อม

4. แนะนำญาติผู้ดูแล บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้เฝ้าระวัง สังเกตอาการ และค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และคณะ รายงานว่าปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และอารมณ์ที่พบได้บ่อยและเกิดปัญหาในการดูแลมาก คือการเดินไปมาไร้จุดหมาย (Wandering) พุดซ้ำ ถามซ้ำ (Repetitive questioning) กระวนกระวาย (Agitation) ขาดความยับยั้งชั่งใจ(Lack of inhibition) หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน (Misperception/hallucination) ก้าวร้าว (Aggression) (Muangpaisan, 2010) สาเหตุเกิดหลายปัจจัย เช่น ภาวะโรค ความเจ็บปวด สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือมีเสียงรบกวน แสงสว่างไม่เพียงพอ ภาวะขาดสารน้ำ ภาวะท้องผูก หรือเกิดจากการเข้าใจผิดจากการบกพร่องของการรู้คิด เป็นต้น ผู้ป่วย

ไม่สามารถบอกเหตุผลที่ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ สาเหตุใดที่ทราบและแก้ไขได้ ให้รับแก้ไขโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น หรือหากกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การออกกำลังกาย การจัดห้องให้เงียบสงบ และมีแสงสว่างเพียงพอเพื่อลดอาการหิวแหว่และเห็นภาพหลอน หากอาการเป็นมากขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ ให้ปรึกษาแพทย์ (British Columbia, 2012) (Fletcher, 2012)

5. ประเมินฐานะทางการเงิน และสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตที่อยู่รอด ภายหลังได้รับการวินิจฉัยนานประมาณ 8-10 ปี ผู้ป่วยบางรายมีอายุยืนได้อีกถึง 20 ปี (Alzheimer's disease facts and figures, 2012) ยาที่รักษาในปัจจุบันยังมีราคาแพงมาก ยาบางตัวยังไม่ครอบคลุมสิทธิประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นการวางแผนการดูแล นอกจากค่ายา ยังมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลในอนาคต เช่น การจ้างผู้ดูแล อาหารทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่ได้รับทางสายยาง จากมรปัญหาการกลืน หรือผู้ป่วยลิ้มวิธีการกลืนอาหาร รายที่กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ต้องใส่ผ้าหรือกางเกงซับน้ำหรือสายสวนปัสสาวะ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ โดยเฉพาะในรายที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงอาจต้องเรียกใช้รถพยาบาล หรือซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมาใช้ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย เช่น เติง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น หรือการอยู่ในสถานี่ดูแล

6. ให้การดูแลทางกฎหมาย อาการของผู้ป่วยทำให้ตัดสินใจไม่ได้ เหมาะสม เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินส่วนตัวหรือครอบครัว เช่น การเป็นผู้ค้ำประกัน การยกทรัพย์สินให้ผู้อื่นโดยญาติไม่ทราบ ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ

การพยาบาล

การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ถือเป็นงานที่ทำททายความสามารถของพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่างของระยะอาการและอาการแสดง ประสบการณ์และภูมิหลังของผู้สูงอายุและครอบครัว บางครั้งพบว่าอาการและอาการแสดงอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความรำคาญหรืออารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย เช่น การถามซ้ำ การหลงทาง การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ศิริกุล, 2558) คุณสมบัติดังกล่าวได้แก่

1. การมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การตระหนักรู้และยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จะช่วยให้พยาบาลมีความอดทนและมีความคิดสร้างสรรค์ในการหาวิธีการจัดการกับปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมของผู้ป่วย เฉพาะกรณีได้

2. การมีความรู้ เข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับระยะหรืออาการที่เกิดขึ้นจัดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเฉพาะกรณีและให้คำแนะนำเพื่อลดความเครียด วิตกกังวลและภาวะแก่ผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ในระยะที่มีปัญหาความจำแต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ซึ่งจะพบได้มากในชุมชน ควรจะมีการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนในบริเวณที่มีอากาศดี พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำให้สมองได้รับการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ควรมีการพัฒนาสมองโดยการอ่านหนังสือทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้ากิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นต้น ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาสมองขั้นสูง ได้แก่ การฝึกสติและสมาธิ การคิดจินตนาการหรือสร้างภาพขึ้น การกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation) การระลึกถึงความหลัง การเล่าข่าว การเล่นเกมส์ที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมากเกินไป การฝึกแบบนิวโรบิคเอ็กเซอร์ไซส์ ที่ใช้ประสาทสัมผัสหลายประเภทมากระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น การทำสิ่งที่ไม่ถนัดหรือคุ้นชิน เช่น แปร่งฟันด้วยมือซ้าย การเปลี่ยนแปลงเส้นทางไปทำงาน การสุดดมหรือสัมผัสด้วยมือแทนการมองเห็นสำหรับของที่ไม่เป็นอันตราย นอกจากนี้การฝึกกิจกรรมทางกายที่กระตุ้นการทำงานของสมอง ได้แก่ การเล่นเปียโน การทำงานฝีมือ การฝึกลีลาศ การใช้ตารางช่อง การฝึก Brain Gym เป็นต้น จะเป็นการกระตุ้นให้มีเซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ หรือการทำกิจกรรมที่ใช้มือและเท้าเคลื่อนไหวในทิศทางที่ไม่เหมือนกันจัดเป็นการฝึกสมองไปด้วย

2.2 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก และได้รับการตรวจวินิจฉัยในระยะนี้ผู้สูงอายุยังสามารถรับรู้ได้ถึงความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้นอาจจะเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ ดังนั้นในระยะนี้ ผู้ดูแลควรจะมี ความเข้าใจให้กำลังใจผู้ป่วยและแนะนำวิธีการพัฒนาสมองเพื่อให้คงความจำไว้ได้นานที่สุด สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ควรจะมีการประเมินความสามารถของสมองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นสมอง ซึ่งคล้ายคลึงกับในระยะแรกที่ระบุไว้ข้างต้น ฝึกให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับกิจกรรมและตารางเวลากิจกรรม เพื่อสะดวกในการจัดการเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง หากมีการถามซ้ำๆ ควรใช้รูปภาพและเขียนอธิบายภาพเพื่อเป็นสื่อ ให้ผู้สูงอายุได้อ่านและทบทวนความจำบ่อยๆ เป็นต้น

2.3 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง จะพบว่าผู้ป่วยจะลืมขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันหลายอย่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ดังนั้นพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.3.1 บอกขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นง่ายๆ หรือทำให้ดู เช่น การบอกหรือทำเป็นตัวอย่างเรื่องการอาบน้ำโดยบอกเป็นขั้นตอนที่สั้นใช้ภาษาที่ง่าย หรือทำเป็นตัวอย่างให้ดู เช่น การเอาน้ำราดตัว การใช้มือถูสบู่ให้เป็นฟอง การฟอกสบู่บนอวัยวะแต่ละส่วน การเอาน้ำราดตัวเพื่อล้างสบู่ออก เป็นต้น ในระยะนี้ ควรคงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ได้นานที่สุด

2.3.2 หากผู้ป่วยมีอาการซึมมากขึ้นและหลงผิด ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการเปลี่ยนเรื่องคุยจากสิ่งที่ผู้ป่วยหมกมุ่นไปทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จะทำให้อารมณ์ดีขึ้น และลืมสิ่งที่ตนเองหมกมุ่นไปได้ เช่น การเรียกร้องให้พาไปหาพ่อหรือแม่ที่ตายไปแล้ว ภาซอกกลับไปบ้านเดิมที่เคยอยู่สมัยเด็ก ควรพาออกไปนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วยชอบหรือให้รับประทานขนมหรืออาหารที่ผู้ป่วยชอบ หากไม่มีความจำกักรื่องโรคเบาหวาน พยายามหลีกเลี่ยงการถกเถียงถึงแม้จะเป็นการนำเสนอความจริงก็ตาม เพราะทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

2.3.3 ในระยะนี้อาจพบปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น กาดตามติดเป็นเงา (Shadowing) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเกิดความรำคาญอย่างมาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและกลัวถูกทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เนื่องจากรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในเรื่องการได้รับดูแลและไม่ทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เป็นต้น

2.3.4 ควรมีการป้องกันการพลัดหลงของผู้สูงอายุ โดยการทำป้ายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุไว้ในกรณีที่หายออกจากบ้านขณะเดินออกไปนอกบ้านแล้วหาทางกลับบ้านไม่ได้ และควรถ่ายรูปที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยไว้ ติดต่อประสานงานกับร้านค้า ยามของหมู่บ้านหรือวินของรถจักรยานยนต์รับจ้างที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้เป็นช่วยเป็นแหล่งข้อมูลหรือพาผู้สูงอายุที่เดินพลัดหลงออกจากบ้านเพื่อกลับมายังบ้านอย่างปลอดภัย และพยายามให้แหล่งประโยชน์ เช่น มูลนิธิกระจกเงาในการประกาศตามหา เป็นต้น

2.4 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะนอนติดเตียง ลืมวิธีการกลืน หรือการกิน ดังนั้นอาจจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลแบบสมบูรณ์แก่ผู้ป่วยและระมัดระวังเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร เป็นต้น

2. แนวคิดผู้ดูแล

2.1 ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551; ศิริพันธ์ สา สัตย์, 2554; Bell and Gibbons, 1989; Parker, 1992; Alzheimer Research Center, 2003) ได้แก่

2.1.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กร ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant)

2.1.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน และที่สำคัญคือไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มีจากความรักความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วยกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุหลายคน

2.2 ความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ Parker (1992) ดังนี้

2.2.1 แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1. ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (family carers / caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบบ่อยมากที่สุดในสังคม ไทยทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงินและค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง เป็นต้น

2. ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (informal helper) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2.2.2 แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver หรือ main carers/caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care)

มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม การช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า เป็นต้น

2.3 ความหมายและลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ “Family Caregiver” “Informal Caregiver” หรือ “Primary Caregiver” เป็นคำ ในภาษาอังกฤษที่ใช้เรียก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสำหรับในประเทศไทยนั้น ยุพาพิน ศิริโพธรงาม (2539) ได้แปลเป็นคำในภาษาไทยว่า “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” ซึ่งมีนักวิจัยหลายท่านที่นำไปใช้ และนอกจากนี้ก็มีผู้แปลและเรียกเป็นคำในภาษาไทยว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” หรือ “ญาติผู้ดูแล” สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพิจารณาถึงความเข้าใจที่ตรงกันของหลายๆฝ่ายจึงใช้คำว่า “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งในประเด็นความหมายของคำว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นั้น ได้มีผู้ให้ไว้ดังนี้คือ National Family Caregiver Association (2000) ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อน หรือ เพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพันในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการ

การให้ความหมาย “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” ในบางความหมายมีการยึดติดกับสถานที่ เช่น ในการดูแลจะต้องเกิดขึ้นที่บ้านเท่านั้น ไม่ใช่สถานที่พยาบาล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า เมื่อผู้สูงอายุ ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ดูแลอยู่ที่บ้านนั้นเกิดภาวะฉุกเฉินของโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แล้วนั้นผู้ดูแลก็จะมีการติดตามมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ดังการศึกษาของ ซวิล แยมวงค์ (2538) ที่ทำการศึกษถึงผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาก็ทำให้ทราบชัดเจนเกี่ยวกับการรับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุว่ามีลักษณะเป็นความต่อเนื่อง ระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลอันมีความสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่ออยู่โรงพยาบาลซึ่งในปัจจุบันที่ได้มีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับเข้าการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงกระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันต์พันธพงศ์ 2540) (วารณี คชมาตย์, 2540)

จากความหมายของ “ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ” ที่กล่าวมานั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเป็นสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือต่างครัวเรือนทำ

หน้าที่หลักในการให้การดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนและไม่เกี่ยวกับข้อผูกมัดทางวิชาชีพ โดยอาจเป็นคู่ชีวิต บุตรหลาน หรือสะใภ้ เป็นต้น

ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหมายถึงผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน เป็นสมาชิกในครอบครัว

2.4 แนวคิดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ถือได้ว่าเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก และสร้างทุกข์ให้แก่ผู้ดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะคับข้องใจ บางรายอาจเกิดความเครียดวิตกกังวล (Mohaney et al, 2005) จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะให้การดูแลหรือจัดการปัญหาต่างๆ ได้หรือไม่ (Paula et al ,2004) โดยการศึกษาของ Neena และคณะ (2002) ได้ชี้ให้เห็นว่าผลจากการรับภาระหน้าที่ในการดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความเครียด รวมถึงความผาสุกในชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joelle และคณะ (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ Archbold (1980) แนวคิดผู้ดูแลครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Antecedent factors)
 - ปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ
 - ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล
 - การเตรียมความพร้อมของการดูแล
 - ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล
2. การดูแลครอบครัว (Family care)
 - ปริมาณกิจกรรมในการดูแล (Amount of direct care)
 - ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (Amount of help from others)
 - ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability)
3. การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care ประกอบด้วย
 - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านบวก คือ ได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล
 - ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านลบ คือความเครียดในบทบาท
4. ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving)
 - ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

การศึกษาของ Lecovich (2008) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงระยะเวลาในการดูแล จะมีความสัมพันธ์กับ ระดับความเครียด และความเหนื่อยล้า โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ การศึกษา และฐานะทางการเงินน้อย จะมีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิต ที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามการรับหน้าที่ในการดูแลดังกล่าว มักจะทำให้ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และกลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแลหรือจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ในที่นี้ Schulz และ Sherwood (2008) ได้อธิบายและแบ่งผลกระทบที่เกิดจากการดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.5 ผลกระทบจากการดูแล

2.5.1 ผลกระทบด้านจิตใจญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยพบว่าระดับของความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หากผู้ดูแลได้รับการเรียนรู้ การปรับตัวและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลเกิดการเรียนรู้วิธีการในการดูแล และหาวิธีการในการดูแลและวิธีการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอย่างมีความสุข

2.5.2 ผลกระทบด้านร่างกาย มีสาเหตุและปัจจัยหลายๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เกิดภาวะความซึมเศร้า วิตกกังวล หมดหวังโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่เพียงคนเดียว ไม่มีผู้มาคอยสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย มีอาการปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2.5.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาทางการเงิน เนื่องจาก รายได้ของครอบครัวลดลง (Haddock et al ,2006) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยทำงาน อาจกระทบต่องานประจำและต้องออกจากงานในที่สุด

ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาหยุดพัก หรือเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นในครอบครัวมีโอกาสเข้ามาดูแล จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ได้ผ่อนคลายทางอารมณ์ ซึ่งถ้าหากไม่สามารถหาบุคคลมาคอยสับเปลี่ยนได้ ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องหาแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พอสามารถให้การช่วยเหลือได้ อาจอยู่ในรูปแบบของสถานบริการรับเลี้ยงดูชั่วคราว แบบรายวัน หรือรายเดือน จะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลได้อีกทาง (Chocot et al , 2001)

2.6 แนวทางการในการช่วยเหลือผู้ดูแล

ด้วยภาระหนักอึ้งในการดูแล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกแล้ว นอกจากผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแล การทากรุณกรรมหรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย

ปัจจัย 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ดูแล (Park, 1992)

1. ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล

2. ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น จากเพื่อน เพื่อนบ้านหรือชุมชน ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม

3. การให้บริการด้านต่างๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การได้รับการเยี่ยมจากพยาบาล

แนวคิดการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม ของ Twigg (1992)

1. การบริการทางด้านสุขภาพ (health services)

1.1 จากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์

1.2 จากพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ให้การดูแลเรื่องการทำกิจวัตรส่วนตัว (personal care)

2. การบริการทางสังคม (social services)

2.1 นักสังคมสงเคราะห์

2.2 บริการดูแลที่บ้าน (home care services) การบริการมักจะมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง การให้บริการเช่น การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

3. บริการดูแลชั่วคราว (respite services)

3.1 โรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) ให้บริการ treatment และการฟื้นฟูสภาพ เป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือผู้มีปัญหาด้านพฤติกรรม ที่สถานบริการอื่นไม่สามารถดูแลได้ การบริการนี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัว มีโอกาสทำงานบ้านอย่างอื่น

3.2 การบริการกลางวัน (day care) เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยนักสังคมสงเคราะห์ หรือองค์กรการกุศลต่างๆ

3.3 การบริการดูแลแบบค้างคืนในสถานบริการ (overnight respite in institution) การบริการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบสูงสุด จะช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแล ลดภาวะเครียดได้

4. กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (care support group) จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลพบปะผู้ที่เผชิญกับสภาพปัญหาเหมือนกัน เพื่อพูดคุยแสดงความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะการดูแลในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงจนรุนแรงถึงระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านจึงต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน พลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) มีความยากลำบากทั้งจากตัวโรคเองและจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลขึ้นได้จนเกิดเป็นความเครียดที่ต้องแบกรับภาระที่หลายคนคาดไม่ถึง เพราะผู้ดูแลได้รับผลกระทบเป็นคนแรกและมากที่สุด ฉะนั้นการเป็นผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจถึงอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากพอเพื่อเตรียมสภาพจิตใจตนเองให้พร้อม ทั้งนี้รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายอาจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานะความเป็นอยู่ อาการและความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยหลักสำคัญในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558) มีดังนี้

1. ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจกับภาวะสมองเสื่อม โดยการอ่านหนังสือบทความ ฟังข้อมูลทางวิทยุ ดูโทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ต หรืออาจปรึกษาแพทย์พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหรือใช้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยและสามารถหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2. พร้อมให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยความรัก ความเข้าใจ ใส่ใจ เห็นอกเห็นใจ และอดทน โดยมีความยืดหยุ่น ใช้ความรู้สึก สัญชาตญาณ และจินตนาการในการดูแลทำสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวให้ง่าย สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความหมายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว อย่ายึดติดกับความถูกต้องทั้งหมด เช่น ถ้าผู้ป่วยยืนยันความต้องการถอดเสื้อเวลานอนซึ่งไม่ได้เป็นสิ่งที่อันตรายก็ไม่ควรห้าม เป็นต้น

3. พยายามทำจิตใจให้สดชื่น ไม่เป็นคนใจร้อนหรือหงุดหงิดง่าย มีอารมณ์สดชื่น สนุกสนาน มองโลกในแง่ดี ใจเย็น เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมยังต้องการความสนุกสนานอยู่ถ้าผู้ดูแลอารมณ์ดีก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย

4. สามารถดูแลและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เนื่องจาก การดำเนินของโรค ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงจนรุนแรงถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำมาซึ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

5. การดูแลสุขภาพกายและใจตัวผู้ดูแลเอง ด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอเนื่องจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมติดต่อกันตลอด ทำให้เกิดความอ่อนล้า เครียด ความอดทนลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในระยะยาว ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีผู้ดูแลสำหรับทดแทนในยามสลับกันพักผ่อนเพื่อไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป หรือการออกไปพบปะสังสรรค์ในสังคม หรือเปลี่ยนบรรยากาศไปนอกบ้าน เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หรือโดดเดี่ยว ไม่เช่นนั้นผู้ดูแลเองอาจจะกลายเป็นผู้ป่วยไปอีกคนหนึ่ง นอกจากนั้นการดูแลตนเองของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะ การเป็นผู้ดูแลเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้มากกว่าบุคคลอื่น จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตในสภาพที่ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับสิ่งที่ดีที่สุดด้วย ผู้ดูแลควรต้องมีการเรียนรู้พัฒนา และนำไปสู่การปรับตัวและมีความสุขกับการปฏิบัติงานที่ต้องทำ ได้เป็นอย่างดี (แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม, 2557)

3. ความเครียดในผู้ดูแล

แนวคิดความเครียดผู้ดูแล

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Role Strain) จากการศึกษาค้นคว้าทั้งจากต่างประเทศและในประเทศไทยใน งานวิจัยต่างๆ ที่มีผู้นำแนวคิดความเครียดในบทบาทมาใช้กับงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น พบว่า ในงานวิจัยของ Archbold และคณะ(1990) และของ Kneeshaw, Considine และ Jennings (1999) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยนำโมเดลความเครียด ในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ Archbold และคณะ(1990) สร้างมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการ ทำวิจัย จากการค้นคว้าเอกสารและตำรา

Hardy และ Conway (1988) ได้ให้ความหมาย ความเครียดในบทบาท (Role Strain) ไว้ว่าเป็นประสบการณ์ความยากลำบากในการดำรงบทบาท ซึ่งโดยรวมแล้วมาจากการรับรู้ของ บุคคลจากความเครียดที่เกิดจากการดำรงบทบาท และ Hardy ได้มองในเชิงโครงสร้างและการทำหน้าที่ในสังคม (Structural Functionalist) และ สัญลักษณ์การปฏิสัมพันธ์ (Symbolic Interactionist) ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้จำแนก

3.1 ความเครียดในบทบาทจากการวิเคราะห์ทฤษฎี และงานวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

3.1.1 ความไม่สอดคล้องกับบทบาท (Role Incongruity) เกิดจากอัตมโนทัศน์และค่านิยมส่วนตัวขัดกันกับความคาดหวังในบทบาท

3.1.2 ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) เกิดจากการคาดหวังในบทบาทขัดกัน ระหว่างบทบาทหรือระหว่างบุคคล ซึ่งเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่คาดหวังบทบาทเฉพาะหลายอย่างแต่บทบาทเหล่านี้มีความขัดแย้งกัน ซึ่งพบความขัดแย้งในบทบาทหลายสาเหตุได้แก่

3.1.2.1 ความขัดแย้งระหว่างในบทบาท (Interrole Conflict) เป็นการที่บุคคลคนเดียวจำเป็นต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทไปพร้อมกัน เช่น บุคคลคนเดียวต้องรับบทบาทเป็นทั้ง เป็นภรรยา เป็นมารดาของบุตร 2 คน เป็นแม่บ้าน บางครั้งอาจทำให้การ แสดงบทบาทที่มีความขัดแย้งกันซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างบทบาทคนคนเดียวจะแสดงออกได้

3.1.2.2 ความขัดแย้งในความคาดหวังบทบาท (Intersender Role Conflict) เป็นความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ผู้หนึ่งแสดงออกตามบทบาทกับความคาดหวังของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีพยาบาลคนหนึ่งถูกหัวหน้าพยาบาลคาดหวังว่าต้องปฏิบัติงานอย่างมีระเบียบตามข้อบังคับของโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยคาดหวังว่า พยาบาลต้องปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งอาจไม่ถูกต้องตามระเบียบ ของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ พยาบาลที่เป็นผู้แสดงจะเกิดความคับข้องใจในการแสดงบทบาท ที่ขัดแย้งกันระหว่างความคาดหวังของหัวหน้ากับสิ่งที่คนไข้คาดหวัง

3.1.3 การดำรงบทบาทมากเกินไป (Role Overload) เกิดจากการที่บุคคลดำรงบทบาทและถูกคาดหวังในหลายบทบาทเกินไปในเวลาที่กำหนด เนื่องจากบทบาทที่มีอยู่มากเกินไป จะทำได้และมีเวลาน้อยเกินกว่าที่จะทำให้สำเร็จนอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อน

3.1.4 ความคลุมเครือในบทบาท (Role Ambiguity) เกิดจากการที่บทบาทที่สังคมคาดหวังไม่มีความชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับ ผู้แสดงบทบาท สาเหตุเกิดจากผู้ครองบทบาทนั้นมารับบทบาทใหม่ยังไม่รู้ถึงความคาดหวังที่มี ต่อบทบาทใหม่ อาจมาจากสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปแต่ ไม่ชัดเจนพอที่จะปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม และอาจเกิดจากการที่ผู้แสดงบทบาทอยู่ในช่วงที่ เปลี่ยนแปลงบทบาทหนึ่งที่ไม่ใช่ขอบเขตของบทบาทที่ชัดเจนว่ามีการคาบเกี่ยวกันอย่างไรและจะ เลือกปฏิบัติบทบาทอย่างไร เมื่อไร เป็นต้น จึงเกิดความคลุมเครือในบทบาท เช่นการที่เขามารับ บทบาทเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยที่ยังไม่ทราบว่าจะต้องมีบทบาทในการให้การดูแลอย่างไร

Pearlin (1989) แบ่งความเครียดในบทบาท เป็นความขัดแย้งในบทบาทและการมีบทบาทมากเกินไปตามที่ Hardy และ Conway กล่าวไว้ และเพิ่มในส่วนของการจำยอมในการดำรงบทบาท

(Role Captivity) เกิดขึ้นเนื่องจากไม่เต็มใจที่จะรับบทบาทนั้นมีคำที่มีความหมายใกล้เคียงกับ Role Strain คือ Role Stress

Role Strain เป็นประสบการณ์ความยากลำบาก ในการดำรงบทบาท ซึ่งมาจากการรับรู้ ของบุคคลจากความเครียดที่เกิดจากการดำรงบทบาท ส่วน Role Stress หมายถึง ภาวะที่มีปัญหาในการแสดงบทบาท ซึ่งทำให้ผู้แสดงบทบาทเกิดความเครียดในบทบาท(Role Strain) ได้ ผู้ที่อยู่ภาวะ Role Stress จะมีอาการแสดงคล้ายกับผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดทั่วไป คือ มีอาการวิตกกังวล รู้สึกเครียด กระวนกระวาย และสามารถทราบได้จากการตรวจทางสรีรวิทยา ซึ่งจะพบความผิดปกติของสารอดิเรนาลีน (Adrenalin) หรือไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เป็นต้น Role Stress เป็นคำศัพท์ที่ใช้บ่อยเกี่ยวกับการแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสม Role Stress สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก ปัจจุบันโครงสร้างทางสังคม เป็นสาเหตุจากภายนอกบุคคลมากกว่าปัจจัยภายในบุคคลซึ่งเมื่อ บุคคลเกิด Role Stress ขึ้นทำให้เกิดความเครียดในบทบาทตามมา

การศึกษาของ Archbold (1980) แนวคิดผู้ดูแลครอบครัว ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการที่ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Antecedent factors)

- ปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ
- ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- การเตรียมความพร้อมของการดูแล
- ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล

2. การดูแลครอบครัว (Family care)

- ปริมาณกิจกรรมในการดูแล (Amount of direct care)
- ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (Amount of help from others)
- ความสามารถในการทำนายการดูแล (Predictability)

3. การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (Responses to family care ประกอบไปด้วย

- ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านบวก คือ ได้รับความพึงพอใจหรือรางวัลจากการดูแล

ดูแล

- ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านลบ คือความเครียดในบทบาท

4. ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (Outcome of caregiving)

- ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

3.1.5 แบบประเมิน วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ความเครียดในการดูแลสามารถวัดหรือประเมินได้จากได้หลายรูปแบบดังนี้

แบบประเมิน วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden interview : ZBI) ที่แปลเป็นภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2011) มีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ของ Steven H.Zarit and Judy M. (Zarit 1983,1990) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4

แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test [SPT-20]) แบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่สร้างขึ้นเพื่อมาวัดระดับความเครียดกับบุคคลทั่วไป โดยใช้กรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม เป็นแบบประเมินที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหา โดยข้อคำถามให้เหลือ 20 ข้อคำถาม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 (กรมสุขภาพจิต, 2559)

แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ของโรบินสัน (Robinson, 1983) ฉบับภาษาไทย แปลโดย Oupra (2008) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือปัญหาที่ผู้ดูแลประสบปัญหาในการดูแล แบบเลือกตอบ ว่าใช่หรือไม่ จำนวน 13 ข้อมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงใช้เครื่องมือประเมินความเครียดโดย แบบประเมิน วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden interview : ZBI) ที่แปลเป็นภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (2011) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ของ Steven H.Zarit and Judy M. (Zarit 1983,1990) เหตุที่ผู้วิจัยเลือกเนื่องจากแบบประเมินนี้มาทำการศึกษาในครั้งนี้ มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากแบบประเมินมีการพัฒนามาจากประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเบาหวานเรื้อรังและผ่านการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม ของประเทศไทย

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีความก้าวหน้าของโรครุนแรงขึ้นตลอดเวลา จนในระยะท้ายผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพิง นับเป็นภาระหนักทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล Koskie B, Akers W (2018) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแล โดยได้นำกรอบแนวคิดของ Archbold มาเป็นแนวคิดในการคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรเพื่อนำมาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

3.2.1 เพศ

3.2.1.1 ความหมาย เป็นสิ่งที่แสดงความแตกต่าง ด้านร่างกาย และบุคลิกภาพ ของบุคคล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความเครียดที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลสมองเสื่อมโดยตรง เพราะความแตกต่างของเพศทั้งหญิงและชายจะสามารถเผชิญกับ ภาวะเครียดที่แตกต่างกัน สาเหตุจากทั้งสภาพจิตใจที่มีความแตกต่างและสภาพร่างกายของแต่ละเพศ แต่ละบุคคล โดยเพศหญิงเป็นเพศที่แสดงถึงความอ่อนโยนเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น ดังนั้นบทบาทของ ผู้หญิง คือ การที่สังคมมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้หญิงมักจะ ถูกคาดหวังจากสังคมให้ได้รับบทบาทการดูแล (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) (เสาวลักษณ์ เนตรชัง, 2545) ทำให้มีภาวะเครียดมากกว่าเพศชาย มีการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความเครียดที่สูงกว่าเพศชายเมื่อ เป็นผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม Laura N. Gitlin (2001) โดยเครื่องมือในการประเมินเพศจะอยู่ใน เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น เพศ ชาย และ หญิง

3.2.2 ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ

3.2.2.1 ความหมาย

Wirojratana (2002) กล่าวว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (Mutuality) ประกอบด้วย ความผูกพัน การให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่สมาชิกครอบครัว การยอมรับซึ่งกันและกัน และ ความรู้สึกเป็นหน้าที่

Archbold, Stewart, Greenlick, and Harvath (1990) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลของผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากความรัก ความ ใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกัน ภายใต้สถานการณ์การดูแล

นพวรรณ ดวงจันทร์(2017) กล่าวว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (Mutuality เป็น คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางด้านบวกที่เกิดขึ้นได้ ในขณะการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยหมายถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการ ดูแล

3.2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุกับ ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากกรอบแนวคิดของ Archbold, Stewart, Greenlick, and Harvath (1990) ได้ พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลของผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากความรัก ความ ใกล้ชิด ความเชื่อถือ ความอ่อนโยน ความพึงพอใจระหว่างกัน ภายใต้สถานการณ์การดูแล หากผู้ดูแล

จากการศึกษาของ Decha (2018) ที่ศึกษาความเครียดของผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย ระบุว่าการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่มีผลช่วยลดความเครียดเนื่องมาจากลักษณะวัฒนธรรมของคนไทย ที่มีความเชื่อว่าการได้ดูแลบุพการี หรือผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่ดี ทำให้เป็นพื้นฐานความเชื่อ ส่งผลต่อการดูแล เพราะถึงแม้ผู้ดูแลจะไม่มีความรู้หรือความพร้อมในการดูแล แต่ถ้าเป็นคนในครอบครัว การได้ดูแลถือเป็นสิ่งที่ดี และมีความเชื่อที่เรียกว่าความกตัญญู ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่สามารถทำได้อย่างเต็มใจ ส่งผลให้ลดเรื่องของความเครียดในผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ ต่างเกื้อกูลในระดับต่ำ จะส่งผลให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลในระดับสูง และถ้าหากผู้ดูแลและผู้ป่วยความสัมพันธ์ที่ดีก็จะช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Lyons, et al., 2007)

3.2.2.3 เครื่องมือในการประเมิน

แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold & Stewart และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย Wirojratana มีความเที่ยง .90

แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ (2557)

The Caregiver Mutuality Scale (CMS) แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล Archbold & Stewart (1990) ค่าความเที่ยง .90

โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ (2557) ซึ่งมีการใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดย Wirojratana (2002) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้ดูแลที่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเช่นเดียวกัน

3.2.3 ชั่วโมงในการดูแล

3.2.3.1 ความหมาย

ระยะเวลาในการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละวัน นับเป็นชั่วโมง

3.2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชั่วโมงในการดูแลกับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยชั่วโมงในการดูแลของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญในการให้การดูแล เป็นผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายผู้ดูแล นอกจากนี้ยัง การให้การดูแลยังทำให้มีเวลาส่วนตัวลดลง ขาดอิสระ ต้องอุทิศเวลาส่วนใหญ่ให้กับการดูแล ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า เครียดเกิดขึ้น จากการศึกษาของอรอนงค์ กุลณรงค์ (2555) พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลา 9-16 ชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลงเนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยของการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมี

ผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้เครียด เบื่อหน่ายเช่นเดียวกับ (Deokju K, 2017) ที่ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลในเกาหลีใต้ พบว่า ปัจจัยด้านชั่วโมงในการดูแลมีผลกับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน คือ 5-8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เกยูรมาศ อยู่ถื่น (2556) โดยใช้แบบประเมินคือกรอกในข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลช่วงระยะเวลาในการดูแลต่อวัน

3.2.4 คุณภาพการนอนหลับ

3.2.4.1 ความหมาย

วรกต สุวรรณสถิต (2546) กล่าวว่าคุณภาพการนอนหลับหมายถึง การหลับลึกและหลับสนิท สมองได้รับการพักผ่อนเต็มที่ มีวงจรการหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาการนอนที่เหมาะสมกับช่วงอายุ ถ้าตื่นขึ้นในตอนเช้าจะรู้สึกสดชื่น สามารถทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง ไม่ง่วงหรือเพลีย

จรีพรรณ เจริญพร (2549) กล่าวว่าคุณภาพการนอนหลับหมายถึง การรับรู้และรู้สึกของบุคคลนั้นที่รู้สึกง่วงนอนเพียงพอ ระยะเวลาในการนอนเหมาะสม เฉลี่ย 6-8 ชั่วโมง ระหว่างการนอนหลับไม่มีสิ่งรบกวน เช่น การละเมอ พฤติกรรมภายหลังการนอนหลับเหมาะสม ไม่มีอาการง่วงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

Buyse et al (1989) กล่าวว่า ปรากฏการณ์ที่ทับซ้อนยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจน ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือการนอนหลับเชิงปริมาณและการนอนหลับเชิงคุณภาพ

1. การนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น

2. การนอนหลับเชิงคุณภาพ เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับที่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งคุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอน และการที่จะบอกว่าบุคคลนั้นๆ มีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ดีนั้น จะสามารถบอกได้โดยคนนั่นเอง

โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของ Buyse et al (1989) คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงวิจัยนั้นสามารถประเมินได้หลากหลาย แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. Objective sleep measurement เป็นการประเมินด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ได้แก่

1.1 Polysomnography เป็นการตรวจวัดการนอนด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละขั้นตอน มีการบันทึกเป็นวงจรต่อเนื่องให้ผลที่ถูกต้องและเที่ยงตรง Beck s, (1992)

1.2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับและต้องอาศัยเครื่องมืออื่นประกอบประเมิน ซึ่งโดยปกติการนอนหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวลดลง ในการนอนหลับช่วง REM

1.3 Night cap เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังขนาดเล็กในการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะหลับ

1.4 Wrist actigraph เป็นเครื่องมือเฝ้าการนอนหลับติดไว้กับข้อมูลของผู้รับการประเมิน วัดการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยประเมินปริมาณการนอนหลับและการตื่นระหว่างการนอนหลับ

1.5 Bedside monitor system เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติผ่านเครื่องเฝ้าระวัง ที่ข้างเตียง โดยแสดงการเปลี่ยนสรีระวิทยาขณะตื่นนอนหลับ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ

2. Subjective sleep measurement เป็นการประเมินการรายงานของคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง

2.1 การวัดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตาเป็นวิธีที่ใช้เวลาน้อย มีประสิทธิภาพ Snyder-Halpern and Vern เป็นผู้สร้างมาตรวัดนี้โดยการเปรียบเทียบทางสายตา มีความละเอียดถึง 1 ใน 100 ส่วน

2.2 การวัดด้วยการประเมินค่า เป็นวิธีที่ง่าย ด้วยการประเมินการรับรู้ทางด้านอารมณ์และความรู้สึก จากการนอนหลับแสดงถึงปริมาณการนอนหลับ

2.3 การใช้แบบสอบถาม โดยให้กรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ

2.4 การสัมภาษณ์ เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับ และตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บ

2.5 Sleep diaries เป็นการบันทึกรายงานกิจกรรมการนอนหลับและการตื่นแบบวันต่อวันโดยผู้ป่วยจะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละช่วง

2.6 การสังเกตของบุคคล เป็นวิธีที่อาศัยการสังเกตพฤติกรรมนอนหลับของผู้ป่วย นิยมใช้ในเด็ก ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพและช่วงเวลาการนอนหลับ

3.2.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพการนอนหลับกับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ปัญหาการนอนไม่หลับผู้ดูแลเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจาก ถ้าหากผู้ดูแลมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่ออารมณ์ ทำให้หงุดหงิดและโมโห

ง่าย ชัชวาล วงศ์สารี (2018) การศึกษาของ (Patricia A. Carter 2000) ระบุว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ดูแลอยู่ในระดับรุนแรงและกว่า 95% ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับวงจรการนอนหลับและผู้ดูแลส่วนมากไม่ต้องการใช้ยานอนหลับ ในการช่วยส่งเสริมการนอนหลับเพราะกังวลว่าจะรบกวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างคืน ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ยิ่งส่งผลให้ปัญหาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น (Susan M. McCurry, 1998) (Bruna M Luchesi, 2016)

3.2.4.3 เครื่องมือในการประเมิน

แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี (St. Mary's Hospital Sleep: SMH Sleep Questionnaire) ใช้ประเมินการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา คำถามเกี่ยวกับการเริ่มนอน เวลาที่เริ่มหลับ เวลาที่ตื่นในตอนเช้า เป็นต้น ซึ่งพัฒนามาเพื่อประเมินการดำเนินการนอนหลับ และการรับรู้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ .70-.96

แบบประเมินการหลับของ Verran and Snyder-Halpem (Verran & Snyder-Halpem : VSH scale) เป็นมาตรวัดที่มีขนาดยาว 100 มิลลิเมตร ใช้ประเมินความแปรปรวนของการนอนหลับ และประสิทธิภาพในการนอนหลับ โดยใช้สายตาเปรียบเทียบความรู้สึก เป็นวิธีที่ง่ายสะดวกในการติดตามผล มีค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า .82

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรฤตตันชัยสวัสดิ์ (1997) มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีค่าความไว เท่ากับ 89.6 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 86.5 การแปลผลนั้นนำข้อคำถามมาจัดเป็น 7 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนนหมายถึง มีคุณภาพ การนอนที่ไม่ดี ความตรงและความเที่ยงที่ดีโดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.73

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพการนอนหลับมีความหลากหลายมาก การเลือกวิธีประเมินจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมและสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ที่สำคัญคือสามารถตอบคำถามการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรฤตตันชัยสวัสดิ์ นำมาประเมินเรื่องของคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล

3.2.5 ความสอดคล้องในการมองโลก

3.2.5.1 ความหมาย

(Antonovsky, 1991) ให้ความหมายว่า ความสอดคล้องในการมองโลกกว่าเป็นการรับรู้โลกอย่างผสมกลมกลืนเป็นการรับรู้โลกทั้งด้านความคิดและอารมณ์มองโลกตามสภาพความเป็นจริง และเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเกิดจากตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อธิบายได้ คาดการณ์ได้ และสามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถหาแหล่งความช่วยเหลือจากผู้อื่น สมพร สุทัศน์ีย์,(2547) เป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ(วิไล แพงศรี,2013) Antonovsky (1987) การรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุและผล มองสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ท้าทายมีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป และมองว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหา ที่อาจคุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตได้

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีอยู่ 3 องค์ประกอบหลัก (Antonovsky, 1987)

ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ (comprehensibility)

ความสามารถของบุคคลที่มีความเข้าใจและรับรู้ด้วยสติปัญญา ว่าความเครียดที่มากระตุ้นหรือมาเผชิญซึ่งอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายในตัวเองหรือมาจากภายนอกตัวเองนั้น ว่าเป็นสิ่งที่มีระบบระเบียบมีโครงสร้าง มีความชัดเจนสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล บุคคลที่มีความสามารถในการเข้าใจสูง จะเชื่อว่าสิ่งเร้าหรือความเครียด ที่จะเผชิญต่อไปในอนาคตว่า เป็นเรื่องเล็กน้อยคาดการณ์ได้ สามารถจัดลำดับ ให้คำอธิบายทำความเข้าใจ ถึงแม้เหตุการณ์นั้นจะไม่ได้คาดคิดมาก่อน เช่น ความล้มเหลว สงคราม ความตาย แต่ก็ยังสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งนั้นได้

2. องค์ประกอบด้านความสามารถบริหารจัดการ (manageability)

ความสามารถของบุคคลที่รับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะดำเนินการ หรือจัดการกับสิ่งเร้า เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุม หรือจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและกระทบต่อตนเองทั้งภายในและภายนอกได้โดยรับรู้ว่าจะวางแผน จัดการ และเลือกวิธีการต่างๆ ได้อย่างอิสระ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ตลอดจนสามารถใช้แหล่งช่วยเหลือที่ตนมีภายในตนเอง หรือจากแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ (เช่น บุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อน แหล่งข้อมูลต่างๆ) เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาต่างๆ นำมาจัดการแก้ปัญหา หรือความต้องการของตนได้ด้วยความมั่นใจไม่หวาดกลัว

3. องค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย (meaningfulness)

ความสามารถของบุคคลที่เห็นคุณค่าความหมายของโลกตนเอง การกระทำของตนเองรวมถึงเห็นคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย คัมค่า ที่จะทำความเข้าใจ หรือทรมานกำลัง จัดการโดยไม่รู้สึกเป็นภาระ ซึ่งจะต้องทำให้ดีที่สุดเพื่อให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ส่งผลให้มีแรงจูงใจที่จะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนอกจากนั้นการเห็นคุณค่าความหมายจะมีความเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรู้สึกว่าชีวิตตนมีคุณค่า

3.2.5.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยความสอดคล้องในการมองโลก กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากองค์ประกอบของความสอดคล้องในการมองโลก เป็นปัจจัยที่ช่วยบุคคลให้รับรู้ว่าการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถเข้าใจได้ สามารถจัดการได้ และรับรู้ถึงคุณค่าและความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความจริง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา และมีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงมีในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากแนวคิด Antonovsky มุ่งจะแก้ไขในเรื่องการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของบุคคล ไม่ใช่แก้ที่ตัวสาเหตุของปัญหา (stressor) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ในกรณีผู้ป่วยสมองเสื่อม

3.2.5.3 เครื่องมือในการประเมิน

แบบวัดความสอดคล้องในการมองโลกของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) และพัฒนาโดยกาญจนา ขาวนอก (2547) คือ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ จำแนกเป็น ข้อความวัดความสามารถด้านความเข้าใจ 11 ข้อ ด้านการจัดการ 10 ข้อ และด้านการให้ความหมาย 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนได้ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .89 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

แบบวัดความสอดคล้องในการมองโลกของ ชูชื่น ชีวพูนผล (1998) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกสร้างขึ้นครอบคลุมการวัดองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ระดับการวัด 7 ระดับ เป็นข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ การให้คะแนนเรียงตามลำดับ 7 ระดับ โดยระดับที่ 1 และ 7 จะมีความหมายในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนระดับ 2-6 จะบ่งชี้ความน้อยหรือมากของความรู้สึกนึกคิด (ข้อความทางบวก ระดับที่ 1 ให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และระดับที่ 7 ให้ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ข้อความทางลบ ระดับที่ 1 ให้ 7 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และระดับที่ 7 ให้ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด)คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 29-203 คะแนน คำนวณหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ .89

แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก ของสมพร สุทัศนีย์(2004) (Antonovsky,1991) เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ วัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเข้าใจในสถานการณ์ (Comprehensivity) 2) การให้ความหมาย (Meaningfulness) และ 3) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) มีจำนวน 29 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82

จากแนวคิดของ Antonovsky (1987) ระบุถึงลักษณะของบุคคลที่มีความสอดคล้องในการมองโลกที่สูง จะเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ มองปัญหาว่าท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา สามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงตามความจริงมากที่สุด (Lazarus& Folkman,1984 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล ,2532) สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดี สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี โดยแนวคิดจะมุ่งที่แก้ปัญหาที่การเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสมมากกว่าที่จะแก้ไขที่ตัวสาเหตุของความเครียด (stressor) ซึ่งในบางครั้งไม่สามารถจะแก้ไขได้ จึงเป็นที่มาที่ในการศึกษาครั้งนี้ ที่ต้องการศึกษาปัจจัยความสอดคล้องในการมองโลก (Sense of Coherence) จะมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ผู้ได้รับการดูแลเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถแก้ไขที่ตัวอาการได้ (Sign Andren, 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีความน่าสนใจ มีความเหมาะสมในบริบทผู้ดูแล และยังไม่มีการศึกษามากนักในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพยาบาลโดยใช้แบบวัดความสอดคล้องในการมองโลก ซึ่ง สมพร สุทัศนีย์ (2547) ได้แปลจากแบบวัดความสอดคล้องในการมองโลก Antonovsky (1987) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีการพัฒนาให้มีเกณฑ์สำหรับคนไทยโดยเฉพาะ จะทำให้ได้ผลการประเมินเหมาะสม

3.2.6 อารมณ์ขัน

3.2.6.1 ความหมาย

Robinson (1991) ให้ความหมายของอารมณ์ขันว่าเป็นทัศนคติความคิดทำให้บุคคลใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างสันติหรืออารมณ์ขันเป็นการติดต่อสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางรับรู้ด้วยความตลกอันไปสู่ความสนุกสนานเพลิดเพลินการยิ้มและการหัวเราะ อารมณ์ขันส่งผลต่อจิตใจช่วยให้ผ่อนคลายทั้งจากด้านสรีระวิทยาและอารมณ์ความรู้สึก มีอิสระจากความกังวล ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด โดยใช้การติดต่อสื่อสารเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลเกิดความ เข้าใจ ยอมรับกันและกัน (Thorson & Powell, 1997)

McGhee (2004) และ Ferguson and Bacote (1989) ให้ความหมายของอารมณ์ขันว่าเป็นประสบการณ์ทางจิตที่เกิดจากเหตุการณ์สถานการณ์สิ่งทีพบเห็นเกิดความพึงพอใจทำให้ขบขันหัวเราะออกมา ในภาษาละติน ให้ความหมายอารมณ์ขันว่าเป็นความสมดุลงของของเหลวใน 4

อย่างคือ Yellow bile ทำให้รู้สึกโกรธ Black bile ให้ความรู้สึกเศร้าโศก Blood ให้ความรู้สึกอาฆาตพยาบาท และ Phlegm ให้ความรู้สึกเฉื่อยชา ของเหลวทั้งสี่ชนิดเป็นตัวกำหนดอารมณ์ของมนุษย์ บุคคลใดที่ร่างกายมีของเหลวทั้งสี่อยู่ในสัดส่วนที่สมดุล บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีอารมณ์ขันมีอารมณ์ดี ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีกระบวนการความคิดที่ดี

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2533) ให้ความหมายของอารมณ์ขันเป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถค้นพบและแสดงความรู้สึกขบขันต่อความคิดหรือเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกันออกมาได้ (Ferguson, 1989 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) และ Freud กล่าวว่าอารมณ์ขันเป็นกลไกทางจิตที่ช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรหยาบคายออกมาในทางที่สังคมยอมรับ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533) อารมณ์ขัน (Humor) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินจากคำว่า Umor ความหมายคือน้ำ หรือของเหลวในยุคกลางให้ความหมายว่าเป็นพลังงานที่ปลดปล่อยออกมาจากร่างกายซึ่งพลังนั้นมีความสัมพันธ์กับสารน้ำ ในร่างกายและสภาวะทางอารมณ์เชื่อว่าพลังงานเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและอารมณ์ของบุคคลโดยเปลี่ยนความคิดให้เป็นทางบวกเพื่อลดปัญหาความรู้สึกวิตกกังวล (Wooten, 1996) บุคคลจะแสดงออกถึงอารมณ์ขันด้วยการยิ้มการหัวเราะ (Salameh, 1987) ดีต่อร่างกายและจิตใจ (Shade, 1996) ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันตั้งแต่ยิ้มเล็กน้อยไปจนถึงการหัวเราะ (Kuhlman, 1989) อารมณ์ขันของบุคคลสามารถแสดงออกได้หลากหลายทั้งจากเสียงคำพูดสีหน้าบุคลิกลักษณะ หรือท่าทางข้อเขียนภาพการ์ตูนส่งผลให้ความเครียดลดลง (วัลลภา, 2542)

อารมณ์ขันส่งผลต่อบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจ ด้านการปรับแก้ความตึงเครียดตลอดจนด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสรุปผลของอารมณ์ขันต่อบุคคลได้ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย อารมณ์ขันมีผลต่อระบบประสาททำให้เกิดปฏิกิริยาของการยิ้ม การหัวเราะโดยกระตุ้นการหลั่งของเอนดอร์ฟิน (Endorphins) การหัวเราะเบาๆยังเป็นการกระตุ้นระบบการไหลเวียนของเลือดอันเนื่องจากร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นซึ่งมีผลทำให้เกิดความเพลิดเพลิน(Buxman, 1991) อารมณ์ขันยังช่วยให้บุคคลรู้สึกมีร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเปร่าขึ้นรู้สึกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยอารมณ์ขันจะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแสดงออกโดยการหัวเราะการยิ้มเป็นต้นซึ่งการหัวเราะเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าคอไหล่กระบังลมกล้ามเนื้อหน้าท้องและช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน (Robinson, 1991; Simon;1988; Henry & Moody, 1985)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ อารมณ์ขันจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหัวเราะกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าอกจะมีการหดและคลายตัวจากจังหวะการถอนหายใจช่วยให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียดและความวิตกกังวล ทำให้เกิดความ

สนุกสนานรู้สึกอิสระจากเรื่องที่กำลังกังวลทั้งปวง เมื่อบุคคลสามารถจัดความเครียด ความวิตกกังวลของตนเองได้แล้วจะทำให้สามารถสัมผัสกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และทำให้เกิดความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองได้

3. ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด โดยใช้การติดต่อสื่อสารเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลเกิดความเข้าใจ ยอมรับกันและกัน (Thorson & Powell, 1997) เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงานส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม (ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์, 2541) Robinson (1991) ได้นำอารมณ์ขันใช้กับทีมสุขภาพเชื่อว่าอารมณ์ขันช่วยให้มีการติดต่อ สื่อสารที่ดี (Black, 1984)

3.2.6.2 เครื่องมือในการประเมิน

แบบวัดอารมณ์ขันหลายมิติ สร้างโดยธอร์สันและพาวเวล (Thorsan & Powell, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา สว่างแจ้ง 2542 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 ซึ่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ เป็นข้อความทางด้านบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อความทางด้านลบ จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) ความคิดสร้างสรรค์อารมณ์ขัน มี 11 ข้อ 2) การใช้อารมณ์ขันในการเผชิญความเครียด มี 7 ข้อ 3) ความชื่นชอบต่ออารมณ์ขัน มี 2 ข้อ 4) ทศนคติต่ออารมณ์ขันและบุคคลที่มีอารมณ์ขัน

แบบสอบถามนี้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 96 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบเป็นทางเลือก 5 ระดับข้อ ตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด

แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน ของ วัลลภา สว่างแจ้ง (2542) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน ของผู้ดูแล แบบสอบถามนี้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 44 คะแนน มีคำตอบเป็นทางเลือกตอบ 3 ระดับ ตั้งแต่ใช้บ่อยๆครั้ง ใช้นานๆครั้ง และไม่เคยใช้

3.2.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอารมณ์ขันกับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

อารมณ์ขันจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหัวเราะกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าอกจะมีการหดและคลายตัวจากจังหวะการถอนหายใจช่วยให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียดและความวิตกกังวล อารมณ์ขันส่งผลต่อจิตใจช่วยให้ผ่อนคลายทั้งจากด้านสรีระวิทยาและอารมณ์ความรู้สึก มีอิสระจากความกังวล ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด การที่ผู้ดูแลเองมีอารมณ์ช่วยให้การเผชิญกับความเครียดได้ดีมากขึ้น สามารถจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าบุคคลที่มีอารมณ์ขันน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอารมณ์ขัน พบว่าเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการนำมาศึกษาสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม และมีความสะดวกในการให้การพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน ของ วัลลภา สว่างแจ้ง (2542)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

สมพร สุทัศนีย์ (2004) ศึกษาพัฒนาแบบทดสอบความสอดคล้องในการมองโลกของวัยรุ่น เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับความสอดคล้องในการมองโลกของแอนโทนอฟกี ร่วมกับผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสอดคล้องในการมองโลกเป็นนักเรียนอายุ 13 - 18 ปี จำนวน 3,375 คนผลการวิจัยพบว่าคุณภาพของแบบทดสอบ ความสอดคล้องในการมองโลก คือ ความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจ ความอดทน ความสามารถในการปรับตัว การกล้าเผชิญ ความสามารถในการจัดการ และการให้คุณค่าและความหมาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบรายข้อ ตั้งแต่ 0.34 - 0.67 ทำให้มีความเหมาะสมกับบริบทประเทศ มีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงเชิงเนื้อหาเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้

Niphawan Samartkit (2010) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล การรับรู้ความพร้อมในบทบาทผู้ดูแล ที่มีผลต่อปริมาณการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแล ในญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 291 คน ระบุว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อปริมาณกิจกรรมการดูแล และรางวัลที่ได้รับจากการดูแล แต่มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทำให้สามารถเข้าใจได้ว่าควรส่งเสริมเรื่องของความสัมพันธ์ และเพื่อเป็นการนำไปประเมินและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ดูแลได้เหมาะสม

อรอนงค์ กุลณรงค์ (2011) ศึกษาเรื่อง ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 คน ระบุว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

กานดา วรคุณพิเศษ (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 40 คน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่ม

ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .052. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พาวุฒิ เมฆวิชัย (2013) ศึกษาการประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 66 รายพบว่าผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเซเว่นปัญญาต่ำ การเป็นคู่สมรสและระดับการศึกษาต่ำ การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุดปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ด้วยตัวเองได้ และมีระดับ เซเว่นปัญญาต่ำผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและมีระดับการศึกษาต่ำ

ฉัตรกมล ประจวบลาภ (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลความสามารถในการทำนายการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart (1980) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจำนวน 100 ราย ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันประสาทวิทยา พบว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการทำนายการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรมณท์ เกสรบัว (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนที่ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำใน เด็กวัยเรียนที่ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำจำนวน 24 คนผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัว พฤติกรรมความกลัว และอัตราการเต้นของชีพจร น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาเสนอแนะให้บุคลากรสุขภาพนำ โปรแกรมการใช้สื่ออารมณ์ขันไปใช้ เพื่อลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับเด็กวัยเรียน

สาสินี เทพสุวรรณ (2016) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) จำนวน 439 คนพบว่าและการมีผู้ช่วยดูแล 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้น และในทางตรงกันข้ามก็ทำให้ความเครียดลดลง

Decha Tamdee และคณะ (2018) ศึกษาความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว ในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง จำนวน 103 คน ใช้เครื่องมือในการวัดระดับความเครียดผู้ดูแล The zarit burden interview: ZBI พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ปัจจัยความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และ ปัจจัยความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยระบุว่าความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลมีผลช่วยลดระดับความเครียดในผู้ดูแล เพราะจากการศึกษานี้พบว่าในผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ดี ระดับความเครียดจะอยู่ที่ระดับต่ำ

ธวัชชัย เชื้อนสมบัติ (2018) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพมีความเกี่ยวข้องในฐานะบุตรหรือเป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุจำนวน 14 คนผลการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ มี 6 ประเด็น คือ 1) ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 2) จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 3) ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4) พาไปตรวจตามแพทย์นัด 5) จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 6) ชวนท่านทำบุญทำทานไหว้พระสวดมนต์

ชยุตรา สุทธิลักษณ์ (2018) ศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 100 รายความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.412, p < 0.05$) ความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.444, p < 0.05$) ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปร พบว่าความพร้อมในการดูแล และความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ($R^2 = .260, F = 17.027, p < .05$)

สุคนธ์พนนิช ธตพันธ์พงศ์ (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด การดูแล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 คน โดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนเป็นเวลา 7 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียด การดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังรับโปรแกรม ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ชยุตรา สุทธิลักษณ์ (2019) ศึกษาเรื่อง “ผู้ป่วยที่มองไม่เห็น” ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยองค์กรรวมและครอบครัวทุกมิติ เมื่อญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของญาติผู้ดูแลที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างดีที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะ

สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลจากการศึกษาระบุว่าการดูแล มีผลกระทบต่อด้าน ร่างกาย เศรษฐกิจ จิตใจ และอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า กระทับด้านด้าน อารมณ์มากที่สุด และผลกระทบต่อด้านอารมณ์ก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วย อีกทั้งทำให้เกิดความเสี่ยงจากการถูกรุณกรรมในกรณีที่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ

รุ่งนภา อุดมลาภ (2019) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการลดภาระ ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ความทรงจำของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกัน สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการดูแล ที่เหมาะสม และช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดยใช้บทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และช่วยในการประสานงานต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

สุนทนา มั่งมี (2021) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความสามารถในการคาดการณ์การดูแล กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่าง 83 คน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการศึกษาระบุว่า ความพร้อมในการดูแล และ ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล ของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแล

4.2 การศึกษาของต่างประเทศ

Carter A Patricia. (2000) ระบุว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ดูแลอยู่ในระดับรุนแรงและกว่า 95% ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับวงจรการนอนหลับและผู้ดูแลส่วนมากไม่ต้องการใช้ยานอนหลับในการช่วยส่งเสริมการนอนหลับเพราะกังวลว่าจะรบกวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างคืนยิ่งส่งผลให้ปัญหาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

Ekval Krissten (2004) ทำการศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุระบุว่าความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการเผชิญกับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าผู้ดูแลที่มีความสอดคล้องในการมองโลก ระดับต่ำ จะมีภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นต่ำไปด้วย ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการเป็นผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อช่วยลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้

Scharlach Andrew (2006) ศึกษาเรื่องความขัดแย้งในครอบครัวเป็นตัวกระตุ้นความเครียดในผู้ดูแล ทำในผู้ดูแลจำนวน 650 คน พบว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องให้การดูแลที่เหมาะสม

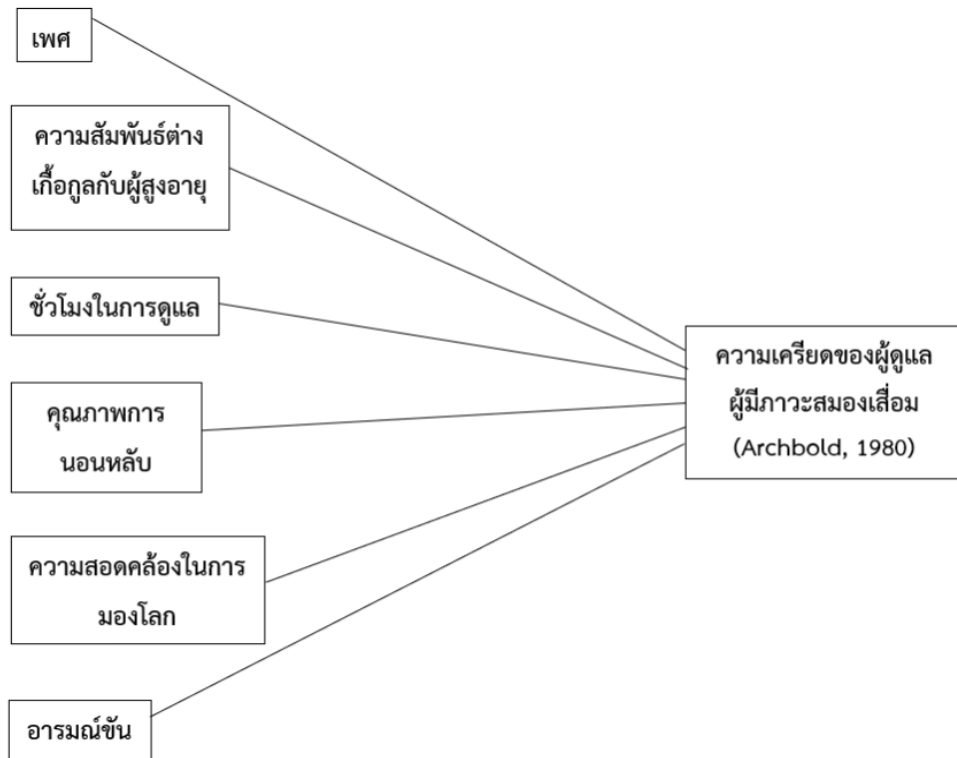
Signe A (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสอดคล้องในการมองโลก ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 130 คนในสวีเดน พบว่าความสอดคล้องในการมองโลก มีระดับต่ำมากเท่าไร ผู้ดูแลจะมีภาวะเครียดในบทบาทมากขึ้นเท่านั้น ผลการศึกษาระบุว่า ความสอดคล้องในการมองโลก เป็นตัวประเมินในการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างดี สามารถใช้เป็นแบบวัดถึงผลที่ตามมาหลังการดูแลของบุคคลได้เป็นอย่างดี สามารถทำนายได้ถึงภาวะเครียดในผู้ดูแลได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีความเฉพาะบุคคล สามารถนำผลที่ได้ไปวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไปได้

Kim DeokJu (2017) ทำการศึกษาในเกาหลีใต้ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 108 คน พบว่ามี ความวิตกกังวล ปัญหาเศรษฐกิจ และความเครียด มีความสัมพันธ์ในระดับสูง และแนะนำว่าการช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวเอง และการให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการช่วยเหลือที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดในผู้ดูแลมีหลากหลาย แตกต่างตามลักษณะเฉพาะบุคคล การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักจะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง โรคพาร์กินสัน หรือผู้สูงอายุทั่วๆไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนั้นมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับความรุนแรงของโรค ลักษณะของโรคและบริบทของผู้ดูแลที่แตกต่างกันไป ส่วนการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย พบแต่เพียงปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องของความเครียดในผู้ดูแลกลุ่มนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความน่าสนใจ อันได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน อีกทั้งได้เลือกแนวคิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของ Archbold มาเป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมและครอบคลุม จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์(Correlational study) เพื่อศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความสัมพันธ์ของ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั้งเพศชายและหญิง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ณ คลินิกเฉพาะทางสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและหญิงที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมารับการตรวจติดตามผลการรักษา ณ คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นสมาชิกในครอบครัว

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

4. สามารถอ่านออกและเขียนได้ดี

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากสูตรคำนวณของ thordlike (1978)

$$\text{สูตรคือ } n = 10k + 50$$

โดย $n =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$k =$ จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษา

จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครโดยมีขั้นตอนดังนี้ (แผนภาพในหน้าถัดไป)

1. สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิเป็นต้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ด้วยอัตราส่วน 2 จาก 6 สังกัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) โดยสุ่มได้ 1. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

2 สุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ดังนี้ 1. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา 2. สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกเฉพาะทางสมองเสื่อมทั้งปีของแต่ละโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลรามาธิบดี มีจำนวน 480 คน และสถาบันประสาทวิทยา 240 คน รวมทั้งหมด 720 คนจากนั้นนำมาคำนวณโดยใช้สูตร (proportional to size) (รุจิเรศ ฐนุรักษ์ณ์และคณะ, 2000) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละโรงพยาบาล}} \times \text{จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละโรงพยาบาล}$$

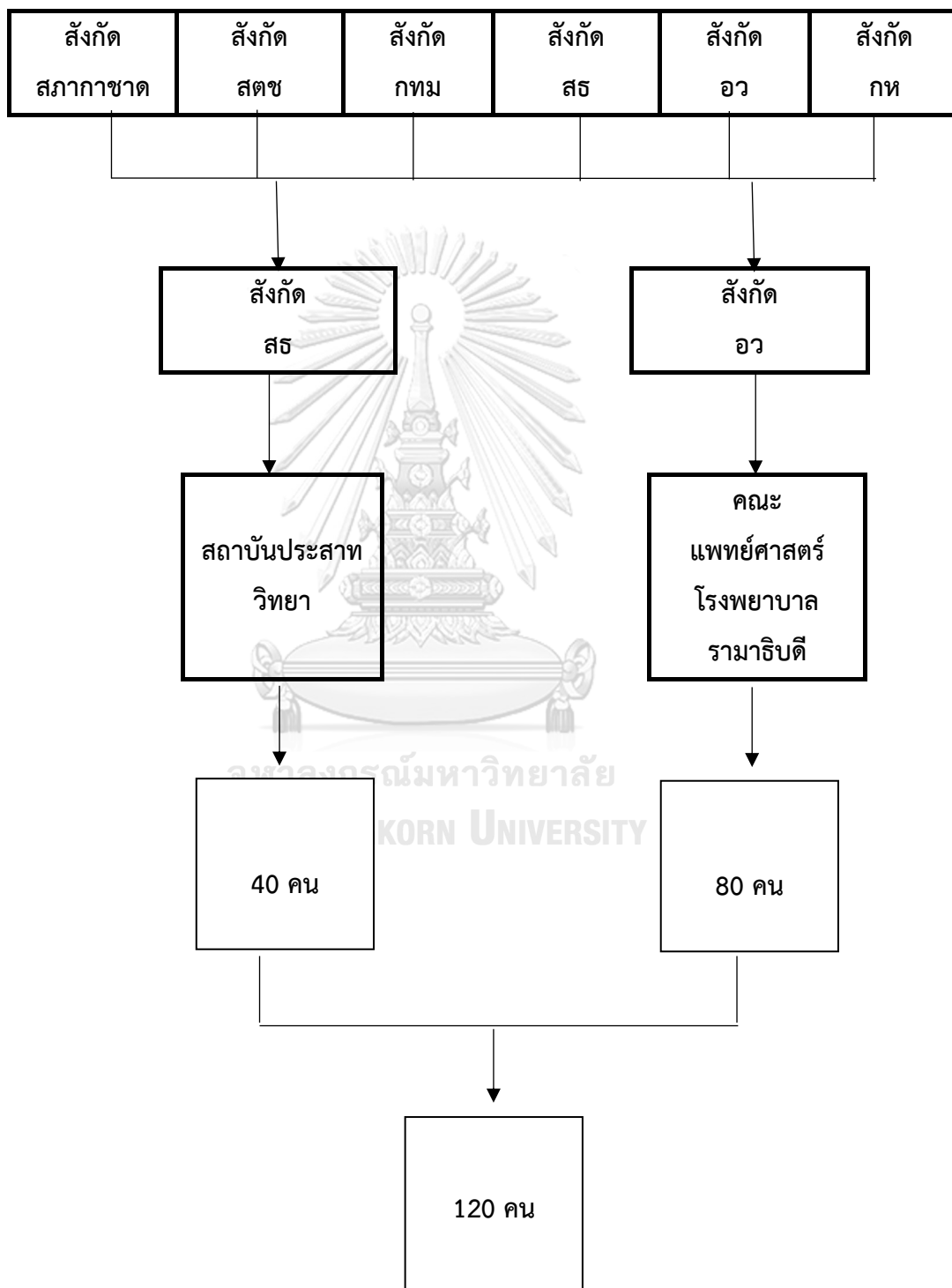
จำนวนผู้ป่วยคลินิกเฉพาะทางสมองเสื่อมที่มารับบริการทั้งหมด

แทนค่า

$$\text{โรงพยาบาลรามาธิบดี} \quad \frac{120 \times 480}{720} = 80$$

$$\text{สถาบันประสาทวิทยา} \quad \frac{120 \times 240}{720} = 40$$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกเฉพาะทางสมอง
 เสื่อมจากโรงพยาบาลรามาริบัติ คิดเป็นจำนวน 80 คน และสถาบันประสาทวิทยา คิดเป็นจำนวน 40
 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน



แผนภาพที่ 2 แผนภาพแสดงขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล คำถามประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลเป็นรายชั่วโมง ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา โรคประจำตัว และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อม คำถามประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยการวินิจฉัย มีลักษณะเป็นตัวเลือกแบบให้ผู้ดูแลตอบด้วยตนเอง

2. แบบประเมิน

2.1 แบบประเมิน วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือประเมินความเครียดโดย แบบประเมิน ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden interview : ZBI) ที่แปลเป็นภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ชันญชิตาตุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2011) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของ ผู้ดูแล ของ Steven H.Zarit and Judy M. (Zarit 1983,1990)

ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ประจำ ได้ 4 คะแนน

บ่อยครั้งได้ 3 คะแนน

บางครั้ง ได้ 2 คะแนน

นานๆครั้งได้ 1 คะแนน

ไม่เคยเลย ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนดังนี้ (ชันญชิตาตุษฎี ทูลศิริ และคณะ , 2011)

61-88 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับมาก

41-60 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับปานกลาง

21-40 หมายถึง รู้สึกเป็นความเครียดระดับน้อย

< 21 หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นความเครียด

2.3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรวิญญ์ตันชัยสวัสดิ์ (1997) มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

การแปลผลนั้นนำข้อคำถามมาจัดเป็น 7 องค์ประกอบ
ประกอบไปด้วย

1. คุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ข้อ 5
2. ช่วงเวลาการนอนหลับ ได้แก่ข้อ 2 และ ข้อ9.1
3. รอบเวลาการนอนหลับ ได้แก่ข้อ 4
4. พฤติกรรมการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ข้อ1และ3
5. การรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ข้อ 9.2-9.10
6. การใช้ยานอนหลับ ได้แก่ข้อ 6
7. กิจกรรมระหว่างวัน ได้แก่ข้อ 7และ 8

แต่ละองค์ประกอบข้อคำถามจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน
คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน

การแปลผลดังนี้ (ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรวิญญ์ตันชัยสวัสดิ์, 1997)
คะแนนรวมที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี
และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนนหมายถึง มีคุณภาพ การนอนที่ไม่ดี

2.4 แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น สร้างโดย วัลลภา สว่าง
แจ้ (1999)

ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นวิธีการช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น จำนวน 22 ข้อ
แบบสอบถามนี้จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 44 คะแนน

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)
เป็นทางเลือก 3 ระดับ

ใช้บ่อยๆครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ใช้นานๆครั้ง	ได้ 1 คะแนน
ไม่เคยใช้	ได้ 0 คะแนน

2.5 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold & Stewart และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation)โดย Wirojratana (2002) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อวัดคุณภาพของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 0-4 คะแนน ดังนี้

ไม่เลย	ได้ 0 คะแนน
เล็กน้อย	ได้ 1 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 2 คะแนน
มาก	ได้ 3 คะแนน
มากที่สุด	ได้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน (Wirojratana, 2002) คะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้มาก หมายถึงระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุกับผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนน้อย หมายถึง ระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุกับผู้ดูแล อยู่ในระดับต่ำ

2.6 แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก (Antonovsky,1991) แปลเป็นภาษาไทย โดย (สมพร สุทัศนีย์,2004) เป็นแบบวัดมีจำนวน 20 ข้อ ชนิดมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน รายละเอียดดังนี้

จริงน้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน
จริงน้อย	ได้ 2 คะแนน
จริงปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
จริงมาก	ได้ 4 คะแนน
จริงมากที่สุด	ได้ 5 คะแนน
วัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่	

- 1) ความเข้าใจในสถานการณ์ (Comprehensivity)
- 2) การให้ความหมาย (Meaningfulness)
- 3) ความสามารถในการจัดการ (Manageability)

การแปลผลคะแนนดังนี้ (สมพร สุทัศนีย์, 2004)

คะแนน 81 - 100	หมายถึง มีความสอดคล้องในการมองโลก
ในระดับ มากที่สุด	
คะแนน 61 - 80	หมายถึง มีความสอดคล้องในการมองโลก
ในระดับ มาก	
คะแนน 41 - 60	หมายถึง มีความสอดคล้องในการมองโลก
ในระดับ ปานกลาง	
คะแนน 21 - 40	หมายถึง มีความสอดคล้องในการมองโลก
ในระดับ น้อย	
คะแนน 0 - 20	หมายถึง มีความสอดคล้องในการมองโลก
ในระดับ น้อยที่สุด	

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน Zarit Burden interview : ZBI แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแล Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI แบบวัดอารมณ์ขันหลายมิติ สร้างโดยธอร์สันและพาวเวล (Thorsan & Powell,1993) แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และ แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก (Antonovsky,1991) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้สูงอายุ 2 คน

พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ 3 คน

นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่า มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004)

ตารางที่ 1 ตารางค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

แบบสอบถาม	ค่าความตรงตามเนื้อหา
1.แบบประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	1.00
2.แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแล	1.00
3.แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน	0.86
4.แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	1.00
5.แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก	0.97

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือประเมินผู้ดูแลไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ คลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ และนำมาคำนวณหาค่าที่ยอมรับได้ คือ ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยมีเกณฑ์พิจารณา คือ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้วผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

ตารางที่ 2 ตารางค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
1.แบบประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	.97
2.แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแล	.83
3.แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขึ้น	.89
4.แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	.91
5.แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก	.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยทั้ง 2 แห่ง คือโรงพยาบาลรามาริบัติ เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2564 หนังสือรับรองเลขที่ COA.MURA2021/47 และสถาบันประสาทวิทยา ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 หนังสือรับรองเลขที่ 018/2564 เมื่อได้รับพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลตามลำดับ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจทำให้เสียเวลาในการตอบแบบสอบถามนานประมาณ 30-45 นาทีและไม่มีผลต่อการพบแพทย์ และระหว่างการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกใจ ไม่สบายใจ หรือรู้สึกว่าคุณรบกวน สามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสมองเสื่อม อย่างน้อย 2 ปี และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังกล่าว เพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย จากนั้นอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนที่ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจากตัวอย่างจริง

ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ทำวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลวิจัย

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำหนังสือขอทดลองใช้และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากนั้นเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานของโรงพยาบาลที่จะไปเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยได้แนะนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ/หรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดของหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนาม

ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย จัดสถานที่ในบริเวณคลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถาม อธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ สำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถาม และ/หรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ในขณะที่ญาติผู้ดูแลทำแบบสอบถามการวิจัย หลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยตรวจสอบคำตอบให้สมบูรณ์ ถ้าพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

3. ชั้นสรุปผลการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและการสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด ต่ำสุด
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโงงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมผลการรักษา ณ คลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 120 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตอนที่ 3 การศึกษาข้อมูลความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตอนที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 6-8

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 9

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
 ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	41.7
หญิง	70	58.3
อายุ (ปี) (Min=26, Max=83)		
<30	7	5.8
30-39	41	34.2
40-49	29	24.2
50-59	27	22.5
≥60	16	13.3
Mean±S.D.	45.03 ±12.88	
สถานภาพ		
โสด	46	38.3
สมรส	64	53.3
หม้าย	6	5.0
หย่า	4	3.3
ศาสนา		
พุทธ	112	93.3
คริสต์	4	3.3
อิสลาม	4	3.3
สัญชาติ		
ไทย	116	96.7
อื่นๆ	4	3.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	15.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	23.3

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการบำนาญ	14	11.7
บริษัทเอกชน	22	18.3
ธุรกิจส่วนตัว	18	15.0
เกษตรกรกรรม	4	3.3
รับจ้างทั่วไป	12	10.0
อื่น	4	3.3
รายได้		
<=20000	34	28.3
20001-40000	34	28.3
40001-60000	34	28.3
>60000	18	15.0
ระดับการศึกษา		
≤ประถมศึกษาปีที่ 4	2	1.7
ประถมศึกษาปีที่ 6	2	1.7
มัธยมศึกษาปีที่ 3	8	6.7
มัธยมศึกษาปีที่ 6	8	6.7
ปริญญาตรี	58	48.3
ปริญญาโท	38	31.7
ปริญญาเอก	4	3.3
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กทมและปริมณฑล	118	98.3
อื่นๆ	2	1.7
ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม		
คู่สมรส	10	8.3
ลูกชาย	38	31.7
ลูกสาว	72	60.0

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ
ชั่วโมงในการดูแลนับเป็นชั่วโมง (Min=2,Max=24)		
1-6	39	32.5
6-12	59	49.2
13-18	18	15.0
19-24	4	3.3
Mean±S.D.	9.36	±5.01
ระยะเวลาที่ดูแลมานับเป็นปี (Min=1,Max=25)		
1-5	70	58.3
6-10	34	28.3
11-15	12	10.0
>15	4	3.3
Mean±S.D.	6.28	±5.17
อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน		
ใช่	98	81.7
ไม่ใช่	22	18.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	52	43.3
มี	68	56.7
เบาหวาน	4	5.9
ความดันสูง	28	41.2
โรคหัวใจ	6	8.8
โรคกระดูกและข้อ	10	14.7
โรคอื่นๆ	20	29.4

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.3 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49ปี คิดเป็นร้อยละ 24.2 และช่วงอายุ ต่ำกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.8 ผู้ดูแลที่มีชั่วโมงการดูแลมากที่สุดคือ 6-12 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือช่วง 1-6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 32.5 และ ช่วง มากกว่า15 ชั่วโมง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n=120)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	45.0
หญิง	66	55.0
อายุ (Min=60, Max=99)		
60-69	28	23.3
70-79	36	30.0
80-89	30	25.0
90-99	26	21.7
Mean±S.D.	78.97	±10.89
สถานภาพ		
โสด	10	8.3
สมรส	74	61.7
หม้าย	28	23.3
หย่า	8	6.7
ศาสนา		
พุทธ	114	95.0
คริสต์	2	1.7
อิสลาม	4	3.3

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ
สัญชาติ		
ไทย	116	96.7
อื่นๆ	4	3.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	41.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	3.3
ข้าราชการบำนาญ	40	33.3
บริษัทเอกชน	6	5.0
เกษตรกร	14	11.7
รับจ้างทั่วไป	4	3.3
อื่นๆ	2	1.7
รายได้		
ไม่มีรายได้	38	31.7
<1000	22	18.3
1001-20000	38	31.7
20001-40000	18	15.0
>40000	4	3.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4	28	23.3
ประถมศึกษาปีที่ 6	4	3.3
มัธยมศึกษาปีที่ 3	4	3.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6หรือเทียบเท่า	20	16.7
ปริญญาตรี	52	43.3
ปริญญาโท	8	6.7
ปริญญาเอก	4	3.3
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพฯและปริมณฑล	114	95.0
อื่นๆ	6	5.0

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n=120)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย		
1-5	78	65.0
6-10	32	26.7
11-15	10	8.3
จำนวนสมาชิกที่ช่วยที่ดูแล (Min=1,Max=6)		
1	66	55.0
2	22	18.3
3	8	6.7
>3	24	20.0
ระยะเวลาที่ดูแลมานับเป็นปี		
1-5	78	65.0
6-10	34	28.3
>10	8	6.7
Mean±S.D.	5.22	±3.75

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือช่วงอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และช่วงอายุ 90-99 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.7

ตอนที่ 3 การศึกษาข้อมูลของความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

การแบ่งระดับความเครียดของแบบวัดภาวะการดูแล ประกอบด้วย 4 ระดับ (ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ และคณะ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ดูแล ของ Steven H.Zarit and Judy M. (Zarit 1983,1990)) 61-88 คะแนน ระดับมาก ,41-60 คะแนนปานกลาง,21-40 คะแนนระดับน้อย, ต่ำกว่า 21 คะแนนระดับไม่มีความเครียด

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n=120)

ระดับภาวะความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดระดับมาก	4	3.3
เครียดระดับปานกลาง	26	21.7
เครียดระดับน้อย	28	23.3
ไม่มีความเครียด	62	51.7
รวม	120	100

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแล มีระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.3 และ 21.7 ตามลำดับ ส่วนระดับความเครียดน้อย และไม่มีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 51.7 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียด ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n = 120)

ปัจจัย	Max	Min	Mean	SD
ชั่วโมงในการดูแล	24	2	9.36	5.01
คะแนนอารมณ์ขัน	43	4	23.12	9.06
คะแนนคุณภาพการนอนหลับ	15	1	8.03	3.11
ความสอดคล้องในการมองโลก	100	27	73.27	14.45
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	60	21	39.22	8.53

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ชั่วโมงในการดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.01 คะแนนอารมณ์ขัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.06 คะแนนคุณภาพการนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.11 ความสอดคล้องในการมองโลก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.45 และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.53

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละของคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n=120)

ระดับคุณภาพการนอน	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับดี (≤ 5)	27	22.5
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (> 5)	93	77.5

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 22.5 และ ผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับ อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 77.5

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละของคะแนนความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (n=120)

ความสอดคล้องในการมองโลก	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	32	26.7
มาก	68	56.7
ปานกลาง	18	15
น้อย	2	1.7
น้อยที่สุด	0	0

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.7 ผู้ดูแลมีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.7 7 ผู้ดูแลมีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15 และ ผู้ดูแลมีคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.7

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
เพศ	-.141	0.125
ชั่วโมงในการดูแลต่อวัน	.138	0.132
คะแนนอารมณ์ขัน	.326**	<0.001*
คะแนนคุณภาพการนอนหลับ	.025	0.790
ความสอดคล้องในการมองโลก	-.246**	0.007
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	-.598**	<0.001*

* Significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับ
ความเครียด ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยด้านความสอดคล้องในการมองโลกของ
ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.007$ ปัจจัย
ด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ $p<0.001$ และปัจจัยด้านอารมณ์ขันของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของ
ผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโง่งในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโง่งในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากร คือผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปที่ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมารับการตรวจติดตามผลการรักษา ณ คลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณของ Thorndlike 1978 ได้กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก1คน ในช่วงระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือน ตุลาคม 2564

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก
2. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3. เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยิน
4. เป็นผู้ดูแลที่สามารถอ่านออกและเขียนได้ดี
5. ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล คำถามประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลเป็นรายชั่วโมง ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา โรคประจำตัว และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสมอเสียม คำถามประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ระยะเวลาที่รับการวินิจฉัย การวินิจฉัย มีลักษณะเป็นตัวเลือกแบบให้ผู้ดูแลตอบด้วยตนเอง

2. แบบประเมิน

2.1 แบบประเมิน วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมอเสียม แบบประเมิน วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden interview : ZBI) ที่แปลเป็นภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของ ผู้ดูแล ของ Steven H.Zarit and Judy M. (Zarit 1983,1990) ประสิทธิภาพความเครียดดังกล่าว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด(guilt)และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกโดยตอบพิจารณาข้อความแต่ละข้อให้ ตรงกับความรู้สึกของตน ความตรงและความเที่ยงที่ดีโดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97

2.2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรรณรัตน์ชัย สวัสดิ์ ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีค่าความไว เท่ากับ 89.6 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 86.5 การแปลผล นั้นนำข้อคำถามมาจัดเป็น 7 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนนหมายถึง มีคุณภาพ การนอนที่ไม่ดี ความตรงและความเที่ยงที่ดีโดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83

2.3 แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน สร้างโดย วัลลภา สว่างแจ้ง (1999) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นวิธีการช่วยให้เกิดอารมณ์ขัน จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามนี้จะมีค่า คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 44 คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating

scale)เป็นทางเลือก 3 ระดับ ดังนี้ ใช้บ่อยๆครั้ง ได้ 2 คะแนนใช้นานๆครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่เคยใช้ ได้ 0 คะแนน Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

2.4 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold & Stewart และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation)โดย Wirojratana มีค่าความเที่ยง .90 ประกอบด้วยข้อคำถาม15ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยคะแนน 0-4 คะแนนมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91

2.5 แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก (Antonovsky,1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สมพร สุทัศนีย์,2004) เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ วัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเข้าใจในสถานการณ์ (Comprehensivity) 2) การให้ความหมาย (Meaningfulness) และ 3) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) มีจำนวน 29 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้สูงอายุ 2 คน
2. พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ 3 คน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ผลดังนี้

- แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 1.00
- แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแลเท่ากับ 1.00
- แบบวัดอารมณ์ขันหลายมิติ เท่ากับ 0.86
- แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเท่ากับ 1.00
- แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและการสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด ต่ำสุด
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแลคุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.3 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.2 และช่วงอายุ ต่ำกว่า 30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.8 การนับถือศาสนา ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.3 เชื้อชาติไทยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.7 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือปริญญาตรี ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือระดับปริญญาโท ร้อยละ 31.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือบริษัทเอกชน ร้อยละ 18.3 และธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 15 ที่อยู่ปัจจุบัน อาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 98.3 สถานะผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เป็นลูกสาว คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือลูกชาย คิดเป็นร้อยละ 31.7 และคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 8.3 โดยมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 56.7 และส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 41.2

ข้อมูลทั่วไปของผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือช่วงอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และช่วงอายุ 90-99 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.7 สถานภาพ ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาคือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 เชื้อชาติไทยเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 96.7 การประกอบอาชีพปัจจุบันคือระบุว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และระดับการศึกษา ส่วนมากคือ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.3 ที่อยู่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 95

2. ผลจากแบบประเมินความเครียดของความผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม พิจารณาแบ่งระดับความเครียด ผู้ดูแลมีระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.3 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนระดับความเครียดน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.3 และไม่มีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 51.7

3. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยในเพศชายและเพศหญิงมีความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ ความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ($r = -0.598$, $p < 0.001$) และ ($r = -0.246$, $p = 0.001$) ตามลำดับ

5. ชั่วโมงในการดูแล และ คุณภาพการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ($p = 0.132$ และ 0.790 ตามลำดับ)

6. อารมณ์ขัน (humor) มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ สมมุติฐานงานวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 25.03 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.88 เมื่อศึกษาระดับถึงความเครียดที่แบ่งตามเกณฑ์พบว่า มีระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.3 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนระดับความเครียดน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.3 และไม่มีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 51.7

เมื่อพิจารณาความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม จากผลการศึกษาพบว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร (2020) ที่ระบุว่าระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง และ Catherine Ross (2015) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า หวาดระแวง เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีความเครียดจากการดูแลที่หนักและวิตกกังวลจากการเผชิญกับกลุ่มอาการที่ไม่แน่นอนจากผู้สูงอายุ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2018) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ที่เป็นผู้ดูแลไม่มีภาวะเครียด เนื่องจาก ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งทำการติดตามรักษาที่แผนกผู้สูงอายุเฉพาะทาง ในโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิทั้งสองแห่ง ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลเป็นอย่างดี จากบุคลากรโรงพยาบาล ประกอบกับผู้ดูแลส่วนมากให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้มีประสบการณ์ในการรับมือกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างดี ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะเครียดจากการดูแล นอกจากนี้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว นับว่าเป็นเรื่องปกติในสังคมไทย ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิต โดยเฉพาะการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากสำหรับวัฒนธรรมของไทย ที่ให้ความสำคัญกับความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocity) กล่าวคือ การให้ผลประโยชน์แก่ผู้อื่นตอบแทนจากผลประโยชน์ที่ตนเองเคยได้รับ เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange) ความผูกพันซึ่งกันและกันนี้ช่วยให้บุคคลมีการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่เคยช่วยเหลือตนเองมาก่อน (Molm, Schaefer, & Collett, 2007) ในสังคมแสดงออกโดยการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (Pinquart & Sorensen, 2003) มีความแตกต่างจากลักษณะสังคมในต่างประเทศ ที่ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา ทำให้การต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยที่ไม่มีสมาชิกครอบครัวคนอื่น คอยแบ่งเบาช่วยเหลือ ต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่ผู้ดูแล

ส่วนมากจะเป็นบุตรของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และมีผู้ช่วยในการดูแลเป็นคนในครอบครัว ตามลักษณะครอบครัวแบบไทย ทำให้เกิดการแบ่งเบาความเครียด และความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโง่งในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาของ ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ ชั่วโง่งในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก อารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ

เป็นสิ่งที่แสดงความแตกต่าง ด้านร่างกาย และบุคลิกภาพ ของบุคคล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความเครียดที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลสมองเสื่อมโดยตรง เพราะความแตกต่างของเพศทั้งหญิงและชายจะสามารถเผชิญกับภาวะเครียดที่แตกต่างกัน สาเหตุจากทั้งสภาพจิตใจที่มีความแตกต่างและสภาพร่างกายของแต่ละเพศแต่ละบุคคล โดยเพศหญิงเป็นเพศที่แสดงถึงความอ่อนโยนเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น ดังนั้นบทบาทของผู้หญิง คือ การที่สังคมมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้หญิงมักจะถูกคาดหวังจากสังคมให้ได้รับบทบาทการดูแล (รุจา ภูไพบูลย์ 2541; เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545):ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้มากกว่า

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาวะสังคมในปัจจุบันที่ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงมีบทบาทในสังคมไม่แตกต่างกัน ได้รับการยอมรับในสังคมไม่แตกต่างกันจึงอาจทำให้มีการรับรู้และประสบการณ์ที่ไม่แตกต่างกัน(บุญญพัฒน์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร (2014) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ทำการศึกษาในญาติผู้ดูแล จำนวน 199 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะ เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่มีจำนวนผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่ผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือช่วงอายุ30-39ปี จึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี (วาริระกิติ, 2552; สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) ในทำนองเดียวกันกับ รสริน เกรย์และคณะ(2014) ได้ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้ดูแล ในจำนวนผู้ดูแลทั่วประเทศ 859 คน พบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับผู้สูงอายุ

Wirojratana (2002) ให้ความหมายว่าความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (Mutuality) ประกอบด้วย ความผูกพัน การให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่สมาชิกครอบครัว การยอมรับซึ่งกันและกัน และความรู้สึกเป็นหน้าที่ เป็นคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางด้านบวกที่เกิดขึ้นได้ในขณะการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยหมายถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแล (นพวรรณ ดวงจันทร์, 2017)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2 โดยกลุ่มที่มีภาวะเครียดจะมีคะแนนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลเฉลี่ยน้อยกว่า กลุ่มที่ไม่เครียด เท่ากับ 34.91 ± 7.34 และ 43.24 ± 7.58 ตามลำดับ โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดในการดูแลน้อย และเนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว จึงส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศแห่งความเอื้ออาทร เกิดความรู้สึกแน่นแฟ้น กลมเกลียวกันภายในครอบครัว และเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว สามารถให้คำปรึกษาและเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ในการแก้ปัญหาต่างๆ จากการดูแลได้ (ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสัน แก้วระยะ (2540) และนิภาวรรณ สามารถกิจ (2551) ที่พบว่าความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล โดยการศึกษาของคมสัน (2540) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 210 คน พบว่า การศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโดยรวมระดับดี และมีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.63$) ในขณะที่เดียวกันการศึกษาของ สุมลทา มั่งมี (2021) ที่ผลการศึกษาระบุว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแล

สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นความต้องการ และความรู้สึกที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ได้ตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุอุปการะมา เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจภายในการให้ความช่วยเหลือ (ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2537) จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างตัวผู้ดูแล และผู้มีภาวะสมองเสื่อมเองจัดอยู่ในระดับดี ทำให้การดูแลไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระจนต้องให้เกิดความยากลำบาก จึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีความเครียดเมื่อความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลอยู่ในระดับดี ซึ่งคุณภาพของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ประกอบไปด้วยความรัก ความผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์การดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ซึ่งเป็นบุตรและอาศัยอยู่บ้าน

เดียวกันมานาน แม้ว่าจะเป็นหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นการให้การดูแลด้วยความเต็มใจ อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเครียดจากการให้การดูแล สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ที่ให้คุณค่าในการเคารพยกย่องผู้อาวุโสและบุพการี ซึ่งการดูแลถือว่าเป็นหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณ (มณี ภิญโญพรพานิชย์, 2019)

ชั่วโมงในการดูแล

คือระยะเวลาในการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละวัน นับเป็นชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย ชั่วโมงในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม และไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานข้อที่ 2 ขัดกับการศึกษาของอรอนงค์ กุลณรงค์ (2555) พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลา 9-16 ชั่วโมงต่อวัน ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ทำให้มีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง ไม่มีเวลาส่วนตัว เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยของการเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ เช่นเดียวกับ Deokju K (2017) ที่ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่มีผลกับภาวะเครียดในผู้ดูแลในเกาหลีใต้ พบว่าปัจจัยด้านชั่วโมงในการดูแลมีผลกับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระบุว่ายิ่งผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงในการให้การดูแลกับผู้ดูแลมาก คะแนนความเครียดก็สูงขึ้นด้วยเช่นกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่ระบุว่าชั่วโมงในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล จากผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยที่ได้บททวนวรรณกรรมมาเนื่องจากบริบทในสังคมที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีผู้ช่วยในการดูแลตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ทำให้เกิดการแบ่งเบา และช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เพราะยังมีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระได้ ตามบริบทของสังคมไทยที่ให้คุณค่าในบทบาทหน้าที่สมาชิกในครอบครัว (Wirojratana, 2002)

คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับหมายถึง การรับรู้และรู้สึกของบุคคลนั้นที่รู้สึกว่าการนอนเพียงพอ ระยะเวลาในการนอนเหมาะสม เฉลี่ย 6-8 ชั่วโมง ระหว่างการนอนหลับไม่มีสิ่งรบกวน เช่น การละเมอ พฤติกรรมภายหลังการนอนหลับเหมาะสม ไม่มีอาการง่วง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ (จริพรธณ เจริญพร, 2549) คือการหลับลึกและหลับสนิท สมองได้รับการพักผ่อนเต็มที่ มีวงจรการหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาการนอนที่เหมาะสมกับช่วงอายุ ถ้าตื่นขึ้นในตอนเช้าจะรู้สึกสดชื่น สามารถทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง ไม่ง่วงหรือเพลีย (วรกต สุวรรณสถิต, 2546) และปัญหาการนอนหลับผู้ดูแลเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจาก ถ้าหากผู้ดูแลมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่ออารมณ์ ทำให้หงุดหงิดและไม่โง่ง่าย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2018)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย คุณภาพการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานข้อ 2 และขัดแย้งกับการศึกษาของ Chiara et,al, (2012)

ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและพากินสัน ศึกษาในผู้ดูแล 150 คน ระบุว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Miguel A. Simón (2019) ทำการศึกษาความรู้สึกเป็นเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Yi-Chen Chiu และคณะ (2014) ที่ศึกษาสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในไต้หวัน จำนวน 180 คน ระบุว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับ มากถึง 99.4 % และการศึกษาของ (Patricia A. Carter 2000) ระบุว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ดูแลอยู่ในระดับรุนแรงและกว่า 95% ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับวงจรการนอนหลับและผู้ดูแลส่วนมากไม่ต้องการใช้ยานอนหลับ ในการช่วยส่งเสริมการนอนหลับเพราะกังวลว่าจะรบกวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างคืน ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ยิ่งส่งผลให้ปัญหาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น (Susan M. McCurry, 1998) (Bruna M Luchesi, 2016) การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีความเครียดจากการดูแลที่หนักและวิตกกังวลจากการเผชิญกับกลุ่มอาการที่ไม่แน่นอนจากผู้สูงอายุ การพักผ่อนไม่เป็นเวลา มีปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้หงุดหงิดและโมโหง่าย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2018) ขัดแย้งกับการศึกษาของ Shuai Liu และคณะ (2018) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความเครียด และความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 325 คน ในประเทศจีน พบว่า คุณภาพการนอนหลับ(psqi) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ ที่ระบุว่า การที่ผู้ดูแลจะมีความเครียด เกิดจากปัจจัยหลายๆอย่างในแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล จะมีผลให้เกิดความเครียดได้มากกว่าปัจจัยจากตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมเอง ทั้งนี้จากผลการศึกษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งหมายถึงยังต้องมียุทธศาสตร์ที่รับมือกับปัญหาในการประกอบอาชีพ และเป็นเสาหลักในการหารายได้ ทำให้มีภาวะเครียดจากชีวิตการทำงานและภาระหน้าที่อยู่แล้ว และรวมถึงมีผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้สูงอายุ ทำให้มีอาการนอนไม่หลับจากความเสื่อมตามวัยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

ความสอดคล้องในการมองโลก

(Antonovsky, 1991) ให้ความหมายว่า ความสอดคล้องในการมองโลกว่าเป็นการรับรู้โลกอย่างผสมกลมกลืนเป็นการรับรู้โลกทั้งด้านความคิดและอารมณ์มองโลกตามสภาพความเป็นจริง และเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเกิดจากตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อธิบายได้ คาดการณ์ได้และสามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถหาแหล่งความช่วยเหลือจากผู้อื่น สมพร สุทัศนีย์ (2547) เป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง จะส่งผลให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ(วิไล แพงศรี, 2013) การรับรู้โดย

กระบวนการทางปัญญาจากสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุและผล มองสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ท้าทายมีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป และมองว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการจัดการกับปัญหา ที่อาจคุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.246, p = 0.007$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 จากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสอดคล้องในการมองโลก เท่ากับ 73.27 หมายถึงระดับความสอดคล้องในการมองโลกมาก ในผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Signe A (2007) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และ ความสอดคล้องในการมองโลก ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 130 คนในประเทศสวีเดน พบว่าความสอดคล้องในการมองโลก มีระดับต่ำมากเท่าไร ผู้ดูแลจะมีภาวะเครียดมากขึ้นเท่านั้น และ Cheryl Delgado (2007) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ ความสอดคล้องในการมองโลก ความเชื่อ ความเครียด และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 181 คน ในสหรัฐอเมริกา ระบุว่า ความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระบุว่า หรือความสอดคล้องในการมองโลกมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการรับมือกับความเครียดของบุคคล เช่นเดียวกับ James H. & Helen Greave (2003) ที่พบว่าคนที่บุคคลมีระดับความสอดคล้องในการมองโลก ที่สูง มีความสัมพันธ์กับการรับมือกับปัญหาได้ดี และทำให้ความเครียดลดลง ความสอดคล้องในการมองโลก มีบทบาทสำคัญช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ จัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้า หรือความเครียดนั้นมีความหมายสามารถให้คำอธิบาย หรือมองเห็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวย ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มองเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีคุณค่า สำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข นอกจากนี้ความสอดคล้องในการมองโลก มีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการนำเอาแหล่งด้านทานความเครียดทั่วไป มาให้เกิดประโยชน์ในการเผชิญปัญหา ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Sulllivan, 1989)

อารมณ์ขัน

Robinson (1991) ให้ความหมายของอารมณ์ขันว่าเป็นทัศนคติความคิดทำให้บุคคลใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างสันติหรืออารมณ์ขันเป็นการติดต่อสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางรับรู้ด้วยความตกลงอันไปสู่ความสนุกสนานเพลิดเพลินการยิ้มและการหัวเราะ อารมณ์ขันส่งผลต่อจิตใจช่วยให้ผ่อนคลายทั้งจากด้านสรีระวิทยาและอารมณ์ความรู้สึก มีอิสระจากความกังวล ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด โดยใช้การติดต่อสื่อสารเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลเกิดความ เข้าใจ ยอมรับกันและกัน

(Thorson & Powell, 1997) อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหัวเราะ กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าอกจะมีการหดและคลายตัวจากจังหวะการหายใจช่วยให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียดและความวิตกกังวล อารมณ์ขันส่งผลต่อจิตใจช่วยให้ผ่อนคลายทั้งจากด้านสรีระวิทยาและอารมณ์ความรู้สึก มีอิสระจากความกังวล ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อารมณ์ขันช่วยให้เกิดการผ่อนคลายกับสถานการณ์ที่เคร่งเครียด การที่ผู้ดูแลมีอารมณ์ช่วยให้การเผชิญกับความเครียดได้ดีมากขึ้น สามารถจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าบุคคลที่มีอารมณ์ขันน้อย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอารมณ์ขัน มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.326$, $p<0.001$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Martha D, B. Meryl B (1998) ที่ศึกษาในคู่ชีวิต ของผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 96 คน โดยผู้ดูแลส่วนมากจะมีช่วงอายุ 60-88 ปี พบว่า การมีอารมณ์ขันมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล($r= -.26$, $p < .05$) Jordan M (2015) ทำการศึกษาใน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 150 คน เรื่องการรับมือกับความเครียดในฐานะสมาชิกในครอบครัว ระบุว่า อารมณ์ขันเป็นเทคนิคที่ใช้ในการเผชิญปัญหามากที่สุดทำให้สามารถรับมือกับความเครียดในการดูแลได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับ Lisa Sparks et al, (2000) ที่ทำการศึกษาใน 23 ครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า อารมณ์ขันเป็นประโยชน์มากกับการสื่อสารในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ช่วยลดความตึงเครียด บรรเทาสถานการณ์ที่ยากลำบากในการดูแล อารมณ์ขันเป็นกลไกการเผชิญความเครียดของบุคคลชนิดหนึ่งซึ่งจัดเป็นกลไกทางจิต ที่บรรลุวุฒิภาวะ (the mature defense) ซึ่งเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ตลก ขบขัน ก่อให้เกิดความพอใจทั้งตนเองและผู้อื่น ช่วยให้บุคคลเกิดความผ่อนคลาย และสามารถทนต่อสภาพต่างๆ ได้ดีขึ้น (จำลอง ดิษยวณิช,1993) อารมณ์ขันของบุคคลเป็นกระบวนการพัฒนาให้เกิดขึ้น ตามพัฒนาการของบุคคล โดยสืบเนื่องมาจากพัฒนาทางด้านสังคม สติปัญญา และด้านอารมณ์ของบุคคลซึ่งต้องมีการเรียนรู้ผ่านสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย (วัลลภา สว่างแจ้ง, 1999) เป็นกลไกในการเผชิญความเครียดวิธีหนึ่งที่ทำหน้าที่ลดความกังวลใจ ขับข้องใจ (Thorson & powell,1997) เห็นได้ว่า อารมณ์ขันในผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการให้การดูแล เพราะนอกจากจะส่งผลดีกับตัวผู้ดูแลเองแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการให้การดูแลด้วย ซึ่งการนำเอาอารมณ์ขันมาใช้ในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีวิธีการทำให้ตนเองเกิดอารมณ์ขัน และเป็นบุคคลที่มีอารมณ์ขันเสียก่อน จึงจะสามารถนำเอาอารมณ์ขันไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการให้การดูแลได้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,2533) Diane (1995) ระบุว่าอารมณ์ขันมีส่วนช่วยในการลดตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด อารมณ์ขันมีผลทั้งด้าน สรีระวิทยา สังคม และจิตวิญญาณ มีส่วนช่วยในการลดความเครียด ช่วยในการแก้ไขปัญหา ความกดดัน และความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ ความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล จึงสามารถใช้เป็นข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่รับผิดชอบ ได้ตระหนักถึงความสำคัญ และหาแนวทางในการพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุนและวางแผนการพยาบาลให้ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ ความสอดคล้องในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังสามารถนำข้อมูลนี้ไปประเมินผู้ดูแล ในการเริ่มให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจถึง แนวโน้มของปัญหาในการดูแล นำมาซึ่งการป้องกันการเกิดปัญหาความเครียดของผู้ดูแลได้อีกด้วย

1.3 สนับสนุนให้สหสาขาวิชาชีพได้ตระหนักถึงปัญหาความเครียดจากการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงช่วยเหลือ ปรึกษา ประคับประคองให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมกับผู้ดูแลในการรับมือกับความเครียดจากการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน นำไปศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2.2 ควรมีการนำผลการวิจัยไปศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อลดความเครียดในผู้ดูแล โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับความเครียดได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ ความสอดคล้องในการมองโลก และอารมณ์ขัน ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ดูแล

บรรณานุกรม

- กานดา วรคุณพิเศษ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม, วารสารเกื้อการุณย์.22 (1).82-97.
- คัทธริยา รัตนวิมล. (2545). ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คมสัน แก้วระยยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา เตชะคฤท. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. ความเครียดความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์ ; 2545.
- ฉันทนา แร่งสิงห์. (2550). คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา 2555; (4)1: 62-75.
- ชยุตรา สุทธิลักษณ์. (2561). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม, วารสารพยาบาลทหารบก.19(1):191-200.
- ชยุตรา สุทธิลักษณ์. (2562). ผู้ป่วยที่มองไม่เห็น” ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม,วารสารพยาบาลทหารบก.20(1):40-46.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2018) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล.มฉก. วิชาการ; 22(43-44):1661-179.
- ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(3) 123-132.

- ชัยรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงศุภี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และชัชฎุธร โยธาสุมทร. (2558).
 ยากันลิ้ม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข: การใช้แรงงานสนับสนุน
 ทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.
- ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา. (2552). เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข
 หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี:
- ปิติพร สิริทิพากร. (2014). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล.
 วารสารพยาบาล, 63(4): 12-19.
- บุญญพัฒน์ ไชเมล์, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตและ ความสามารถ
 ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตำบลแหลมโตนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง.
 วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ, 42(1), 54-64.
- พชมณฑิ เกษรบัว. (2558). ผลของโปรแกรมการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
 ที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ,วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภาวิณี พรหมบุตร. (2014). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองที่บ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร.20(1): 82-96.
- มณี ภิญโญพรพาณิชย์ และคณะ. (2562). โรคอัลไซเมอร์ : การดูแลแบบองค์รวมและประเด็นทาง
 กฎหมาย:เชียงใหม่.
- รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนา
 ผู้สูงอายุไทย.2563. **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
- รศรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ. (2014).ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ,
 สงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.20(1):203-228.
- รุ่งนภา อุดมลาภ. (2562). บทบาทพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มี
 ภาวะสมองเสื่อม ,วารสารพยาบาลกองทัพบก.20(2):26-32.
- รุ่งนภา อุดมลาภ. (2561). ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม,วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา สว่างแจ้ง. (2542) อารมณ์ขันของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช.วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต :มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารสารณัฏฐศาสตร์ และคณะ . (2548). การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ.ชุมนุม
 สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สาสินี เทพสุวรรณ.,ณัฐจีรา ทองเจริญพงษ์, รศรินทร์ เกรย์. (2016). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด และความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ,วารสารประชากร.4(1) 75-92.
- สุดศิริ หิรัญขุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. วิทยาศาสตร์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย สาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข.
- สุนทรพนิช ธตพันธ์พงศ์. (2018). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาวะการดูแล และ คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม, วารสารพยาบาล. 67(4): 21-24
- สุนันทา มั่งมี. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และ ความสามารถในการคาดการณ์การดูแล กับความเครียดจากกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม, วารสารสภาการพยาบาล. 36(3): 151-164.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2533). อารมณ์ขั้นกับสุขภาพจิต. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช ศาสตร์,มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร สุทัศน์ีย์. (2547). การพัฒนาแบบทดสอบความสอดคล้องในการมองโลกสำหรับวัยรุ่น,วารสาร วิจัย และวัดผลการศึกษา.2(1):56-72.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2532). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพมหานคร:วิเจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งของการมองโลกและการรับรู้ ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย,วารสารพยาบาล.38(3): 169-190.
- สิริธร ฉันทสิริกาญจน. (2548). โรคสมองเสื่อม.ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับแพทย์.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ.
- อรทัย วงศ์อินอยู่, ชฎาพร ประสานเนตร, อภิญญา วงศ์ขารี การศึกษาความเครียด และภาระของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี The Study of Stress and burden of caregivers of stroke patients, Mueang, Udon Thani วารสารการ พยาบาล สุขภาพและการศึกษา, 2(4) :40-49.
- Implementation of Self Help Group for Insomnia in the Elderly.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- Antonovsky A. (1987) Unravelling the Mystery of Health, San Francisco.
- Amy Liptak. (2014). Humor and Laughter in Persons With Cognitive Impairment and

- Their Caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 32(1): 25-34.
- Alzheimer's Association. (2018) Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement.*14(3):1-86.
- Archbold PJ, Stewart BJ. (1986). Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]. Portland: Oregon HealthSciences University.
- Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. (1990) Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Res Nurs Health.* 13: 375-85.
- Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. (2008) Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.*
- Black, D. (1984). WMN laughter. *JAMA*, 252, 2995-2997.
- Buxman, K. (1991). Humor in therapy for the mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*,29(2), 15-18.
- Bruna Moretti. (2016).The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 67:7–13.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Beran, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193 - 213.
- Chocot J., et al. (2001). When old age becomes a disease. *Alzheimers's the brain killer.*116:38-40.
- Cheewapoonphon C. (1998). Effect of patients' health, caregivers' sense of coherence, and caregiving burden on adaptation of family caregiver of patients with advanced cancer, Unpublished Manuscript, Mahidol University.
- Chen JH, Lin KP, Chen YC. (2009). Risk factors for dementia. *J Formos Med Assoc.* Oct;108(10):754-64. doi: 10.1016/S0929-6646(09)60402-2. PMID: 19864195.
- Cheryl Delgado. (2007). Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 39(3):229–234.
- DeokJu Kim. (2017). Successful Behavioral Treatment for Reported Sleep Problems in Elderly Caregivers of Dementia Patients:A Controlled Study, *Occupational therapy International* Volume , <https://doi.org/10.1155/2017/1686143>

- Dickens, H., Jolley, D., O'Connor, C., Passmore, P., Robinson, L., Todd, S., et al. (2009). Better recognition of dementia: A guide for general practice. *Practice Nursing* 20(6), s1-s15.
- Diane H. (1995). Humor a holistic nursing intervention, *Journal of Holistic nursing*,13(3) :239-247.
- Deborah B. (2015). CARING FOR SOMEONE WITH DEMENTIA: THE ECONOMIC, SOCIAL, AND HEALTH IMPACTS OF CARING AND EVIDENCE BASED SUPPORTS FOR CARERS, *Alzheimer's Australia*,42.
- Decha T.,et al .(2018).Conditions of caring for the elderly and family caregiver stress in Chiang Mai,Thailand, *Journal of health research*.33(2):138-150.
- Ferguson, S., & Bacote, J. C. (1989). Humor in nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(4),29-34.
- Folkman S & Lazarus RS (1980) An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* .21, 219–225.
- Henry, B. M., & Moody, L. E. (1985). Energize with laughter. *Nursing Success Today*, 2, 5-8.
- Henry B. (2009). Family caregivers of people with dementia, *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 11(2) 217-227.
- Iecovich esther (2008). Caregiving Burden Community Services and Quality of Life of Primary Caregivers of Frail Elderly Persons *Journal of Applied Gerontology* ,27(3): 309-330
- James H. Amirkhan & Helen Greaves. (2003) Sense of Coherence and Stress: The Mechanics of a Healthy Disposition, *Psychology and Health*, 18:1, 31-62
- Jordan M. Alpert & Frances E Womble. (2015). Coping as a Caregiver for an Elderly Family Member. *Health Communication*, 30(7):714-721.
- Kristensson Ekvall A (2004) Informal caregiving at old age. Content, coping, difficulties and satisfaction. Doctoral Dissertation, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Lund University,Lund, pp. 47–58.
- Kalaria, Maestre, Arizaga, Friedland, Galasko, D.,et al. (2008) Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors, *Lancet Neurology*. 7:812-26.

- Koskie B, Akers W. (2018). The State of Caregiving for Alzheimer's and Related Dementia, Healthlines. 21.
- Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kim SY, Kang IO, Lee. (2009). Caregiver burden among caregivers of Korean with dementia. *Gerontology*.55(1):106-13.
- Laura N. Gitlin. (2001). A Randomized, Controlled Trial of a Home Environmental Intervention: Effect on Efficacy and Upset in Caregivers and on Daily Function of Persons With Dementia, *The Gerontologist*.41(1): 4–14.
- LEONARD I, PEARLIN (1981). The Stress Process, *Journal of Health and Social Behavior*. 22(December):337-356.
- Lisa Sparks Bethea, Shirley S. Travis & Loretta Pecchioni. (2000). Family Caregivers' Use of Humor in Conveying Information About Caring for Dependent Older Adults. *Health Communication*, 12(4): 361-376
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390:2673–734.
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet* 2020;396(10248):413-46. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Loef M, Walach H. Midlife obesity and dementia: meta-analysis and adjusted forecast of dementia prevalence in the United States and China. *Obesity* (Silver Spring, Md).
- Lyons, K. S., Sayer, A. G., Archbold, P. G., Hornbrook, M. C., & Stewart, B. J. (2013) The Enduring and Contextual Effects of Physical Health and Depression on Care-Dyad Mutuality. *Research in Nursing & Health*, 30, 84-98. 21(1):E51-5.
- McGhee, P. (2004). Humor and health. Retrieved from <http://www.corexcel.com>
- Martha D, Meryl B. (1998). Humor and Well-Being in Spouse Caregivers of Patients With Alzheimer's Disease, *Nursing Research*.11(1) : 12-18.
- Miguel A. Simón. (2019). Caregiver Burden and Sleep Quality in Dependent People's Family Caregivers, *Journal of clinical medicine*.8:1072.
- Niphawan S., et al. (2010). Caregiver Role Strain and Rewards: Caring for Thais with a Traumatic Brain Injury, *Pacific Rim Int J Nurs Res*.14(4) 297-314.

- Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul 2014() The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role Strain in Older Persons With Parkinson's Disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.15(3):235-245.
- P.A. Carter and B. L. Chang. (2000). Sleep and Depression in Cancer Caregivers, *Cancer Nursing*.23(6):410-415.
- Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age and Ageing* 2008;37(5):505-12.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease process* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Patricia G. Archbold, Barbara J. Stewart. (1990). Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role Strain, *Research in Nursing & Health*, 13: 375-384.
- Ross, C., Beattie, E. (2105). *Caring for someone with Dementia, The Economic , Social and Health Impacts of Caring and Evidence based support for careers. A Report prepared for Alzheimer's Australia: Princeton University Press.*
- Rosanna M. BERTRAND., LISA FREDMAN (2006). Are All Caregivers Created Equal? Stress in Caregivers to Adults With and Without Dementia, *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 18(4) 534-551.
- Robinson, V. M. (1991). *Humor in health professions* (2nd ed.). California: Slack Incorporated.
- Scharlach Andrew, Li Wei, Dalvi T. (2006). Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. *Family Relations*.55(5) 625–635.
- Sheehan orla (2020), Strees burden and well-being in dementia and non-dementia caregiver: insights from the caregiving transition study, *The gerontologist*. 61(5): 670-679
- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337:a1344.
- Sommerlad A, Sabia S, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G. Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *PLoS Med* 2019; 16: e1002862.
- Sudhasani Somporn.(2004). DEVELOPMENT OF A SENSE OF COHERENCE TEST FOR ADOLESCENTS, *Journal of Educational Research and Measurement*.2(1):56-72

- Seniormag. (2012). Caregiver's Handbook. Retrieved April 22, 2012, from <http://www.seniromag.com/caregiver-handbook.pdf>.
- Simon, M. J. (1988). Therapeutic humor who's fooling who?. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26(4), 10-12.
- Signe André'n. (2007). The relationship between caregiver burden, caregivers' and their sense of coherence in caring for elders with dementia perceived health, *Journal of clinical nursing*. 17:790–799.
- Shuai Liu et al. (2018). Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* (2018), 30:8, 1131–1138
- Susan M. McCurry. (1998). Successful Behavioral Treatment for Reported Sleep Problems in Elderly Caregivers of Dementia Patients. A Controlled Study, *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*. 53(2), :122-129.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1997). Factor analytic study of sense of humor in Croatia and the USA. *Psychological Reports*, 81, 971-977.
- Trine Flensburg-Madsen. (2005). Sense of Coherence and Physical Health. A Review of Previous Findings. *TheScientific World JOURNAL*, 5: 665–673.
- White CL, Overbaugh KJ, Pickering CEZ, Piernik-Yoder B, James D, Patel DI, et al. (2018) Advancing Care for Family Caregivers of persons with dementia through caregiver and community partnerships. *Research Involvement and Engagement*. (1):1-7.
- Wirojatana V. (2002). Development of the Thai Family Care Inventory [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์	นักวิชาการอิสระ, อาจารย์พิเศษ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พว ปิติพร สิริทิพากร	โรงพยาบาลศิริราช
อาจารย์เรือเอกหญิง ชุตินา ทองวชิระ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์เจ้าฟ้าหญิงจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์
พว.ตฤพรารถ พิศาลสารกิจ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พว.ภุริพงษ์ เจริญแพทย์	พยาบาลวิชาชีพประจำ สถาบันประสาทวิทยา





ที่ อว 64.11/1001

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กันยายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางดวงปรารถนา พิศาลสารกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรศักดิ์ ตรีชัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีชัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางดวงปรารถนา พิศาลสารกิจ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 02-218-1131,08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ โทร. 08-8560-8034



ที่ อว 64.11/1000

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กันยายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปติพร สิริทิพากร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรศักดิ์ ตรีชัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีชัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวปติพร สิริทิพากร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ โทร. 08-8560-8034



ที่ อว 64.11/1003

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กันยายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรศักดิ์ ตรีณัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีณัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายภูริพงษ์ เจริญแพทย์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 02-218-1131,08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ โทร. 08-8560-8034



ที่ อว 64.11/ 1004

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

22 กันยายน 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรศักดิ์ ตรีณีย์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีณีย์)
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

โทร. 02-218-1131,08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ โทร. 08-8560-8034







เอกสารเลขที่ ...018.../2564

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
หมายเลขโครงการ	64011
ผู้วิจัยหลัก	นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2.0 ,Date: 24-Feb-2021 2. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0 Date: 27.11.2563 3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version 1.0 ,Date: 27-Nov-2020 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version 1.0 ,Date: 27-Nov-2020 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย Version Date: 19.07.2561 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 14 ธันวาคม 2563
วันที่พิจารณาอนุมัติ	31 มีนาคม 2564

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)


กรรมการและเลขานุการ
(นางสาวพิมพ์ชนก พุดมขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่

31 มีนาคม 2564

ถึงวันที่

30 มีนาคม 2565

ที่ สธ ๐๓๑๓/๕๐๗๖



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๗ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ที่ สธ ๐๓๑๓(๑๓๗๐๐)/๒๓๖๖ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียด
ของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการ
พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ ๖๔๐๑๑

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียด
ในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยฯ ที่ สธ ๐๓๑๓(๑๓๗๐๐)/๒๓๖๖ ดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนิษฐ์ เวชชาภินันท์)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร ๐ ๒๓๐๖ ๔๘๔๔ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗



Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 270 Rama 6 Rd. Phayatai Ratchathewi Bangkok 10400 Tel.(660)2012175, 2011544, 2010388
 Website: <https://med.mahidol.ac.th/research/ethics>
 E-mail: raec.mahidol@gmail.com

COA. MURA2021/47

Title of Project (English)	Factors Related to Stress of Caregiver in Dementia Patients
Title of Project (Thai)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
Type of Review	Expedited
Principal Investigator	Paweena Taksinachainkij
Education Institute	Chulalongkorn University
Co-investigator (s)	1. Daochompu Nakawiro, M.D. 2. Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.

Approval includes	1. Submission Form Protocol Version 2 Date 29/12/2020 2. Patient Information Sheet Version 2 Date 29/12/2020 3. Informed Consent Form Version 1 Date 27/11/2020 4. Questionnaire Version 1 Date 27/01/2020 5. Certificate in Ethics Training
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Institutional Review Boards in Mahidol University are in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)


Date of Approval	January 12, 2021
Date of Expiration	January 11, 2022

Signature of Chair.....

(Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D., Ph.D.)

This certificate is subject to the following conditions:

- 1) Approval is granted only for the project with details described in submitted proposal
- 2) Submission of modification to the approved project is needed before implementation
- 3) A yearly progress report is required for renewing of approval
- 4) Written notification is required when the project is complete or terminated

 สถาบันประสาทวิทยา PRASAT NEUROLOGICAL INSTITUTE	คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา Institutional Review Board of Prasat Neurological Institute	AF-04-07 Version 1.0
		หน้า 2 / 2
คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย		

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีการทดลองกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เป็นกระบวนการ การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น
 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม เข้าใจในการช่วยแก้ไขปัญหของผู้ดูแล

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ ถอน ตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่จึงได้รับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน


ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถ ติดต่อผู้วิจัย นางปวีณา ทักศิณาเจนกิจ ได้ที่ 386 หมู่ 11 ถนนกลางเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ 088-5608034

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล

อนุมัติ

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
 วันที่ 31 มี.ค. 2564

 สถาบันประสาทวิทยา PRASAT NEUROLOGICAL INSTITUTE	คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา Institutional Review Board of Prasat Neurological Institute	AF 04-07 Version 1.0 หน้า 1 / 2
	คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

ด้วย ข้าพเจ้า นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยพรรณนาที่มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก (Sense of Coherence) อารมณ์ขัน (humor) กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้มี ทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด 2 ชุด เป็น

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ
 - 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
 - 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. แบบประเมิน

- 2.1 แบบประเมิน วัตถุประสงค์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.2 แบบประเมินการนอนหลับของผู้ดูแล Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI
- 2.3 แบบวัดอารมณ์ขันหลายมิติ สร้างโดยธอร์สันและพาวเวล (Thorsan & Powell, 1993)
- 2.4 แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก (Antonovsky, 1991)

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยทุกครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมการวิจัยแล้ว แต่ปรากฏว่ามีคุณสมบัติที่ไม่ตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลของโรงพยาบาลที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้ารับบริการ

การใช้ระยะเวลา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดูแลข้อมูลในระยะเวลาเบี่ยง จากผู้อำนวยการและได้รับการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

อนุมัติ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา วันที่ 31 มี.ค. 2564



COA. NO. MURA2021/47
วันที่รับรอง 12 มกราคม 2564

เอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ บึงจ้อยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางปวีณา ทักนิมาเจนกิจ

สถานที่วิจัย

คลินิกความจำ โรงพยาบาลรามารชิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1.นางปวีณา ทักนิมาเจนกิจ

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ 386 หมู่ 11 ถนนกลางเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 088-5608034

2.รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรี
ศศพรชัย ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 02-2181158

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ

ด้วย ข้าพเจ้า นางปวีณา ทักนิมาเจนกิจ กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง บึงจ้อยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีที่มาของการวิจัยดังนี้

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท โดยมีอาการความถดถอยใน 3
ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน
บุคลิกภาพ อาจพูดจาซ้ำๆ มีพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว ภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
ในผู้สูงอายุ นำไปสู่การบกรบพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วย
ตนเองเกิดการพึ่งพาในระยะยาว ต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

จากการที่ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพ ที่ยังไม่มีแนวทางการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วย
มีแนวโน้มที่อาการจะดำเนินไปอย่างก้าวหน้า ทำให้มีปัญหาทางด้านอารมณ์ การรับรู้และ
พฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมไปถึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป จำเป็นต้องได้รับการ
ดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ภาวะสมอง
เสื่อมอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแลทั้ง ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยสมอง
เสื่อมไปตามสถานการณ์ในแต่ละวัน

จากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลกระทบต่อผู้ทำหน้าที่ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับเป็นภาระหนักทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลอย่างหนักและต่อเนื่อง และได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การทำงาน การเผชิญปัญหาจากการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกิดภาวะเครียดขึ้น การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานานยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีความเครียดจากการดูแลที่หนักและวิตกกังวลจากการเผชิญกับกลุ่มอาการที่ไม่แน่นอนจากผู้สูงอายุ การพักผ่อนไม่เป็นเวลา มีปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้หงุดหงิดและโมโหง่าย ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งความรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ทำให้เกิดความเครียดต่อการทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เห็นได้ว่าการเข้าใจถึงความสำคัญของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะถ้าหากผู้ดูแลเกิดปัญหาจากการที่ต้องดูแลเป็นเวลานาน ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเองด้วย

ความเครียดของผู้ดูแล มีการศึกษาถึงความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยที่มีผลกับความเครียดในผู้ดูแล ประกอบด้วยหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก (Sense of Coherence) อารมณ์ขัน (humor) นำมาซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะของการวิจัยพรรณนา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ชั่วโมงในการดูแล คุณภาพการนอนหลับ ความสอดคล้องในการมองโลก (Sense of Coherence) อารมณ์ขัน (humor) กับความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

รายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดของหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนาม ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 1. แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 102 ข้อ

มีรายละเอียดดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 29 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์ขันของผู้ดูแล 22 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ 9 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกรับเป็นภาระในการดูแล 22 ข้อ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล 20 ข้อ

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จัดสถานที่ในบริเวณคลินิกเฉพาะทางผู้สูงอายุ ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถาม อธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

สำหรับกรณีในกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามและข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลาขณะทำแบบสอบถามหรือ ภายหลังจากการตอบแบบสอบถาม สามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางปวีณา ทักษิณาเจนกิจ สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ 386 หมู่ 11 ถนนกลางเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ 088-5608034

ผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการวิจัย หลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยตรวจสอบคำตอบให้สมบูรณ์ ถ้าพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

สำหรับการเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็น โดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือ ถอน ตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะ ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ จึงได้รับ

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์ใดจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่ผลการวิจัยและข้อมูลนี้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม เข้าใจในการช่วยแก้ไขปัญหของผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม เข้าใจในการช่วยแก้ไขปัญหของผู้ดูแล

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับหากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

ถ้าท่านมีข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โทรศัพท์ 02-2011544



แบบสอบถาม

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 115 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 27 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์ขันของผู้ดูแล 22 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ 9 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล 22 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล 20 ข้อ
 - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล 15 ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบข้อคำถามในแต่ละส่วน
3. ข้อมูลทั้งหมดถือว่าเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางปวีณา ทักซิณาเจนกิจ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า อื่นๆ(ระบุ)
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ)
5. เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ)
6. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ระบุ)
 ข้าราชการบำนาญ บริษัทเอกชน
 ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม
 รับจ้างทั่วไป อื่นๆ (ระบุ)
7. รายได้บาท/เดือน เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ประถมศึกษาปีที่ 6
 มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโท
 ปริญญาเอก อื่นๆ (ระบุ).....
 ไม่ได้เรียน
9. ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯและปริมณฑล อื่นๆ (ระบุ).....
10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คู่สมรส ลูกชาย ลูกสาว
 ลูกจ้าง อื่นๆ (ระบุ)
11. เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
12. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา.....ปี.....เดือน
13. พักอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย.....ใช่.....ไม่ใช่
14. โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
 โรคกระดูกและข้อ อื่นๆ(ระบุ) ไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ)
5. เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ)
6. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ระบุ)
 ข้าราชการบำนาญ บริษัทเอกชน
 ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม
 รับจ้าง อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้.....บาท/เดือน เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ประถมศึกษาปีที่ 6
 มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาปีที่ 6
หรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรี ปริญญาโท
 ปริญญาเอก อื่นๆ
(ระบุ).....
9. ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯและปริมณฑล อื่นๆ (ระบุ)
10. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม.....ปี.....เดือน
11. นอกจากท่านแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดมี.....คน ตามลำดับดังนี้
 - 1.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน
 - 2.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน
 - 3.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน
 - 4.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางการแพทย์

1. วินิจฉัย.....
2. ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม.....เดือน.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขันของผู้ดูแล

พัฒนาโดย วัลลภา สว่างแจ้ง 2542 จากวิทยานิพนธ์เรื่อง อารมณ์ขันของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขันของท่าน ประกอบด้วยข้อความจำนวน 22 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาดังนี้

ใช้บ่อยๆครั้ง หมายถึง วิธีการที่ท่าน**ใช้บ่อยๆครั้ง**
 ใช้นานๆครั้ง หมายถึง วิธีการที่ท่าน**ใช้นานๆครั้ง**
 ไม่เคยใช้ หมายถึง วิธีการที่ท่าน**ไม่เคยใช้**

วิธีการที่ช่วยทำให้เกิดอารมณ์ขัน	ใช้บ่อยๆครั้ง	ใช้นานๆครั้ง	ไม่เคยใช้
	2	1	0
1. อ่านหนังสือที่มีเรื่องราวสนุกสนาน ตลกขบขัน			
2. ดูรายการโทรทัศน์หรือวิดีโอที่มีนักพูดในลีลาหรือการพูดตลกขบขัน			
3. ดูภาพยนตร์หรือละครที่มีเรื่องราวสนุกสนาน ตลกขบขัน			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

วิธีการที่ช่วยทำให้เกิดอารมณ์ขัน	ใช้บ่อยๆครั้ง	ใช้นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ใช้
	2	1	0
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22. เขียนบันทึกเรื่องราวที่ตลกขบขันที่เกิดขึ้นกับตัวเอง แล้วนำกลับมาอ่านใหม่เมื่อต้องการ			
รวมคะแนน			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ

(แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรฤตตันชัยสวัสดิ์ (จากงานวิจัยเรื่อง ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในรอบ 1 เดือน

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ กรุณาตอบโดยข้อความในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ลงหน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลา.....น.
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป.....นาที่
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านลุกจากที่นอนเวลา.....น.
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านนอนหลับตอนกลางคืนได้ตื่นละ.....ชั่วโมง
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร
 - 1.ดีมาก
 - 2.ดี
 - 3.ไม่ค่อยดี
 - 4.ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยานอนหลับ(ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่งหรือซื้อเอง) เพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยเพียงใด
 - 1.ไม่เคยใช้เลย
 - 2.ใช้นอนกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3.ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 4.ใช้ 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่างการทำกิจกรรม (ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์ เป็นต้น)
 - 1. ไม่เลย
 - 2. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3. 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 4. 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป

1. ไม่เป็นปัญหาเลย
2. เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
3. เป็นปัญหาพอควร
4. เป็นปัญหามาก

สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้ (กรุณาตอบคำถามทุกข้อ)

1. หมายถึงไม่มีปัญหาเลย
2. หมายถึงมีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
3. หมายถึงมีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
4. หมายถึงมีปัญหา 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	1	2	3	4
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือเช้ามืด				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ไอ หรือ กรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ฝันร้าย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ (ระบุ).....				
รวมคะแนน				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

(แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) ได้รับการพัฒนาโดย
 ชันัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ(2011)(จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง)

คำแนะนำ: แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล

ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1
 เครื่องหมาย โดยใช้พิจารณา ดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่เคยตรงกับความรู้สึกเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนานๆครั้ง
เป็นครั้งคราว	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเป็นครั้งคราว
บ่อยๆ	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกบ่อยๆ
เป็นประจำ	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเป็นประจำ

ข้อคำถาม	ไม่เคย เลย 0	นานๆ ครั้ง 1	เป็น ครั้ง คราว 2	บ่อยๆ 3	เป็น ประจำ 4
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากไม่มีเวลาเป็นของ ตนเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่น ที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกใน ครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่ง เป็นญาติของท่าน					

ข้อความ	ไม่เคย เลย 0	นานๆ ครั้ง 1	เป็น ครั้ง คราว 2	บ่อยๆ 3	เป็น ประจำ 4
8. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกถึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16.					
17.					
18.					
19.					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					
รวมคะแนน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล

(แบบประเมินทดสอบความสอดคล้องในการมองโลก (Antonovsky,1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สมพร สุทัศนีย์,2004)

คำชี้แจง:แบบสอบถามนี้สำหรับประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกความสามารถในการรับมือกับความเครียดของท่านในการดูแลผู้ป่วย

ในแต่ละรายการ โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง หลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยพิจารณา ดังนี้

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านน้อยที่สุด
 จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านน้อย
 จริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านปานกลาง
 จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านมาก
 จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	จริงน้อยที่สุด 1	จริงน้อย 2	จริงปานกลาง 3	จริงมาก 4	จริงมากที่สุด 5
1. ท่านบอกได้ถึงอารมณ์ของตนเอง ที่เกิดขึ้นในขณะใดขณะหนึ่ง					
2. ท่านบอกได้ว่า อารมณ์ของตนมีสาเหตุมาจากอะไร					
3. ท่านบอกได้ว่า ทำไมตนเองจึงเป็นอย่างที่เป็นอยู่					
4. ท่านพร้อมที่จะทำความเข้าใจ กับทุกสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต					
5. ท่านเชื่อว่า เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีสาเหตุที่อธิบายได้					
6. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านจะปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ					
7.ท่านบอกกับตัวเองเสมอว่า “เราต้องผ่านพ้นอุปสรรคทุกอย่างไปได้”					

ข้อความคำถาม	จริงน้อยที่สุด 1	จริงน้อย 2	จริงปานกลาง 3	จริงมาก 4	จริงมากที่สุด 5
8. เมื่อเกิดปัญหา ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีสติ					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19. ท่านรู้สึกว่ามีสิ่งดีๆ เกิดขึ้นในชีวิตของท่านมากมาย					
20. ท่านมองว่า ชีวิตของตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย					
รวมคะแนน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ข้อ	ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้สูงอายุ	ไม่เลย 0	เล็กน้อย 1	บางครั้ง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
1	ท่านและผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นตรงกันในเรื่องต่างๆ มากน้อยเพียงใด					
2	ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีความสุขที่ได้ร่วมพูดคุยหรือฟังความหลังกับผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด					
4	ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความรู้สึกซาบซึ้งในตัวท่าน และสิ่งที่ท่านปรารถนาต่อผู้สูงอายุ					
5	ท่านรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ					
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15	ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความเอื้ออาทรต่อท่าน มากน้อยเพียงใด					
	รวมคะแนน					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ปวีณา ทักษิณาเจนกิจ
วัน เดือน ปี เกิด	28 มีนาคม 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ปีการศึกษา 2558



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY