

ปัจจัยค้ำดวงธรรมที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม



นางสาวเดือนใจ ภัคดีพรหม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2434-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO CAREGIVERS' CAPABILITIES IN CARING FOR
OLDER PERSONS WITH DEMENTIA



Miss Tuanjai Pukdeeprom

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2434-5

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ
ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม

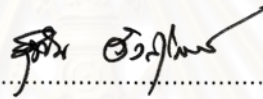
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

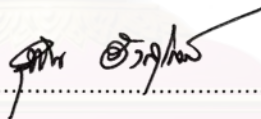
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



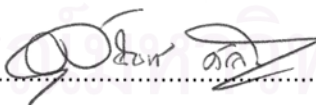
.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ
ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม

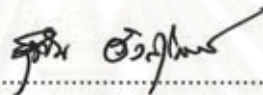
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาลัดย์

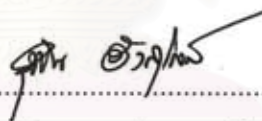
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



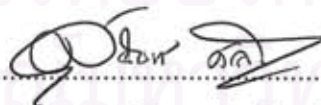
.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาลัดย์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

เตือนใจ ภักดีพรหม: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (SELECTED FACTORS RELATED TO CAREGIVERS'
CAPABILITIES IN CARING FOR OLDER PERSONS WITH DEMENTIA)

อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ ใสสัตย์, 170 หน้า. ISBN 974-14-2434-5

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพื่อศึกษาปัจจัย
คัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การ
สนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
จำนวน 130 คู่ ที่มารับบริการที่คลินิกความทรงจำหรือคลินิกประสาทจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นแบบประเมิน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแล แบบประเมิน
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินปัญหา
พฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเที่ยงจากการคำนวณค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81, .81, .84, .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย
ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation
coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.30$)
2. ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และการสนับสนุน
ทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .236, .184, .528, .176$ ตามลำดับ)
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับ
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.316$)
4. สมรรถภาพสมองและปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์
กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา...2548.....

ลายมือชื่อนิสิต.....เตือนใจ ภักดีพรหม.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777578036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: CAREGIVERS' CAPABILITIES IN CARING/ OLDER PERSONS/DEMENTIA.

TUANJAI PUKDEEPROM: SELECTED FACTORS RELATED TO CAREGIVERS' CAPABILITIES IN CARING FOR OLDER PERSONS WITH DEMENTIA. THESIS
ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 170 pp. ISBN 974-14-2434-5

The purpose of this descriptive research were to study caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia and relationships between caregiver' s factors were duration of care, knowledge in caring, caregiver and elderly relationships, social support, and elderly' s factors were cognitive status, abilities to perform activity of daily living, behavioral and psychological symptoms of dementia, and caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia. Participants were 130 family caregivers and 130 older persons with dementia at memory and neuropsychiatric clinics at Ramathibodi Hospital, Suansaranrom Hospital and Suratthani Hospital, and were selected by multi-stage random sampling technique. Research instruments were demographic questions, knowledge in caring, caregiver and elderly relationships, social support, Mini-Mental State Examination-Thai version, Barthel ADL Index, Behavioral pathology in Alzheimer's disease rating scale, and caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia questionnaires which were tested for content validities and reliabilities. The reliabilities were .81, .81, .84, .84, respectively. Data were analyzed by using SPSS for Windows, including frequency, mean, standard deviation, and Pearson's correlation.

Major findings were as follows;

1. Caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia was at high level ($\bar{X} = 4.30$).
2. Duration of care, knowledge in caring, caregiver and elderly relationships, and social support were significantly correlated with caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia at level of . 05 ($r = .236, .184, .528, .176$ respectively).
3. Older person's ability to perform activity of daily living was significantly negative correlated with caregiver's capability in caring for older persons with dementia at level of . 05 ($r = -.316$).
4. Cognitive status and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia were not correlated with caregiver's capability in caring for older persons with dementia.

Field of study Nursing Science.....

Student's signature...*Tuanjai Pukdeeprom*.....

Academic year 2005.....

Advisor's signature...*Siriph Sasat*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา เมตตา และความช่วยเหลืออย่าง ยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ ในการให้คำปรึกษา ที่แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

และพิเศษสุดสำหรับ คุณเตือนจิตร์ ภักดีพรหม ที่คอยห่วงใย ดูแล ให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่องตลอดการศึกษา ในทุกเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ ทุกเวลาที่เหนื่อยล้า ไม่เคยได้รับการปฏิเสธ แม้สักครั้งเดียว ขอขอบคุณจริง ๆ กับสิ่งดีงามที่มีให้กันตลอดเวลา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ที่เป็นที่รักยิ่ง ตลอดจนพี่ ๆ ที่คอยสนับสนุนด้านเงินทุนและกำลังใจ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยเป็นห่วง และคอยให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลมากมาย วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม.....	18
บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มี	
ภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา.....	35
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ	
สมองเสื่อม.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	69
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	88

สารบัญ (ต่อ)

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	106
สรุปผลการวิจัย.....	108
การอภิปรายผลผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะ.....	118
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	133
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	135
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	146
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	150
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	170

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากร และตัวอย่างประชากรจำแนกตามโรงพยาบาล.....	71
2	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล.....	92
3	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	95
4	จำนวน ร้อยละ ของความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล.....	96
5	จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว.....	97
6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	97
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามรายด้าน	98
8	ร้อยละ สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามระดับการศึกษา	99
9	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามรายด้าน	100
10	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	100
11	แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามรายข้อ	101

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	104
13	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ปัญหาด้านพฤติกรรม และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	105

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมกัน (Cognitive impairment) อย่างช้า ๆ แต่ถาวร ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และการดูแลตนเองในที่สุด (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547; Gruetzner, 2001; Souder, 2004) อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์พฤติกรรมซึ่งเกิดได้ตลอดช่วงการดำเนินโรค เช่นในระยะแรกอาจมีปัญหาด้านบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิม หวาดระแวง หงุดหงิดง่าย แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นไปด้วยความยากลำบากซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลเป็นอย่างยิ่ง (นิพนธ์ พงวารินทร์, 2546; Gruetzner, 2001; Hubbard, 2002; Mittelman et al., 2004)

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วย 4-6 ล้านคน มีภาวะสมองเสื่อมโดยร้อยละ 8-10 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมากกว่าร้อยละ 30 พบในผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป (Mass et al., 2004) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546 พบว่ามีอุบัติการณ์สมรรถภาพสมองบกพร่องประมาณร้อยละ 11 และจากสถิติประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รายงานเมื่อ มกราคม 2548 มีประชากรสูงอายุ 7,029,000 คน ดังนั้นคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันมีจำนวน 773,190 คน และจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็น 10 ล้านคน ในปี 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนั้นคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเป็นจำนวน 1.22 ล้านคน เช่นกัน

ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้การดูแลเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว (ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2546) อีกทั้งในปัจจุบันโรงพยาบาลหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ มีนโยบายเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีเป้าหมายหลักในการดูแล คือ การคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วยให้มากและ

นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2546; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546; วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุณาติรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2546)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2543) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marcia et al. (1999) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดจากการดูแลระหว่างกลุ่มผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมและได้รับผลกระทบทางอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผลกระทบทางด้านบวกที่เกิดขึ้นทางจิตใจ ได้แก่ ความสุขทางใจ ความพึงพอใจ มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการและได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2543) ส่วนผลทางด้านลบที่มีต่อด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้นทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ เกิดอาการซึมเศร้า ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง เป็นต้น ส่วนทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน หรืออาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา ซึ่งอาจส่งผลให้มีรายได้ลดลงในบางรายอาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมา จนในที่สุดเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2543; รัชฎา รักขนาม, 2543; ขฎาภา ประเสริฐทรง, 2545; Parks, 2000; Gruetzner, 2001; Brodaty, 2003; Hunt, 2003; Piquart and Sorensen, 2003; Chang et al., 2004; Mass, 2004)

นอกจากผลกระทบที่กล่าวมาแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ความไร้เหตุผล ความเกรี้ยวกราด อาการหลงผิด และประสาทหลอน ตลอดจนอารมณ์ที่รุนแรง ทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตเสีย ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีผลต่อพลังความสามารถ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาทำให้ผู้ดูแลอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (บุษกร ประภาพรสุข, 2546) และยังพบว่า หากผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ และตัดสินใจย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในสถานบริการ (Premature institutionalization) ซึ่งผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีกว่าการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว (O'Donnell et al., 1992) ซึ่งการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการนั้นครอบครัวจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ในประเทศไทยพบว่ามีค่าใช้จ่ายโดย

เฉลี่ยประมาณ 20,000-40,000 บาทต่อเดือน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2546) ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวตามมาในที่สุด (Cohen-Mansfield, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เหมาะสมนั้น จะทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา (Rabins, 1982) อีกทั้งยังพบว่าหากผู้ดูแลไม่สามารถอดทนต่อปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุแล้ว ทำให้ไม่พยายามที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป เกิดภาวะหมดรัก ละเลย ทอดทิ้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในที่สุด (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546)

ดังนั้นความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างถูกต้องต่อไปในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านซึ่งมีภาวะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นตลอดเวลา บุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลต้องให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จึงต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา พัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถด้านสัมพันธภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยที่ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น (Orem, 2001)

Orem (2001) กล่าวว่า โดยธรรมชาติของมนุษย์ต้องการดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตนเอง จึงต้องมีการริเริ่มและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการรักษาชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยชราเกิดความเจ็บป่วยหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว

โดยโครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 มิติ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capability for dependent-operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้น 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capability and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย

อย่างไรก็ตามความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในแต่ละคนแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการสังคัม ขนบธรรมเนียมประเพณี ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ (Orem, 2001) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล (จอม สุวรรณโน, 2541) และจากการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) พบว่า ความรุนแรงของอาการและอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) และ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) พบว่าอายุของผู้ดูแลระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล (อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534; เฉลิม วงษ์จันทร์, 2538) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลโดยที่ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์การดูแลได้ การดูแลผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกแยกจากสังคม (บุษกร ประภาพรสุข, 2546; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยให้มีความชัดเจนเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเป็นประโยชน์ในการนำผลวิจัยไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ ประกอบกับผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม การป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยให้ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลนั้นดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยคัดสรรของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยคัดสรรของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) ในทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว

Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นมโนคติที่กล่าวถึงความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถของบุคคลที่ต้อง

รับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเองต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น

ซึ่งตัวแปรที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วย

1. อายุ (Age)
2. เพศ (Gender)
3. ระยะเวลาการ (Development state)
4. ภาวะสุขภาพ (Health)
5. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation)
6. ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors)
7. ระบบครอบครัว (Family system factors)
8. แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of Living)
9. สิ่งแวดล้อม (Environmental factors)
10. แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy)

จากปัจจัยพื้นฐานที่กล่าวมา ผู้วิจัยพิจารณาไม่เลือกตัวแปรบางตัวมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Gender) Orem (2001) กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาถึงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ศึกษาในปัจจัยด้านเพศ เพราะอาจเกิดความซ้ำซ้อนของตัวแปรได้

ระยะเวลาการ (Development state) Orem (2001) กล่าวว่า ระยะเวลาการมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ Orem (2001) ได้แบ่งความต้องการการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประการ กล่าวคือ 1) ความต้องการดูแลที่จำเป็นทั่วไป เช่น ความต้องการรับประทานอาหาร การขับถ่ายที่เหมาะสม 2) ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากระยะพัฒนาการ เช่น ในวัยเด็กต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเนื่องจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่สมบูรณ์ ส่วนในผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากการพัฒนาไปในทางเสื่อม และ 3) ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นความต้องการการดูแลตนเองเนื่องจากความเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่า ความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เกิดจากสาเหตุทั้ง 3 ประการ ตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้น การศึกษาปัจจัยด้านระยะพัฒนาการที่จะสะท้อนให้เห็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดขึ้นจากระยะพัฒนาการเพียงอย่างเดียว อาจไม่ครอบคลุมความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมิได้ศึกษาปัจจัยด้านระยะพัฒนาการ

ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) Orem (2001) กล่าวว่าระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้เลือกศึกษาถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เพราะอาจเกิดความซ้ำซ้อนของตัวแปรได้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) Orem (2001) ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของสิ่งแวดล้อมกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลไว้อย่างชัดเจน เพียงแต่บอกว่าเป็นลักษณะภูมิประเทศ ที่อยู่อาศัยซึ่งอยู่โดยรอบของตัวบุคคล อีกทั้งในการสรุปสาระสำคัญของ Orem เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาก็ไม่ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมไว้เช่นกัน ผู้วิจัยจึงมิได้ศึกษาถึงปัจจัยด้านนี้

ดังนั้นตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์

อย่างไรก็ตาม Orem (2001) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานไม่ได้มีอิทธิพลเฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล ความต้องการการดูแล (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Self-care agency/dependent care agency) ของบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อพยาบาลในการค้นพบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลและสามารถที่จะดูแลและพัฒนาให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น

ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่ผู้วิจัยคัดสรรมาศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Therapeutic self-care demand) และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) ซึ่งเป็นความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั่นเอง ดังนั้นตัวแปรที่ศึกษาได้แก่

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ซึ่ง Orem (2001) ได้ ระยะเวลาในการดูแลไว้ในปัจจัยด้านอายุ กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะ พึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามอายุและประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วย เพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความ ชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส และ จากการศึกษาของ Zarit and Todd (1986) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลมี ความสามารถในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลมากขึ้น มีทักษะในการ ดูแลรวมทั้งสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี ยิ่งขึ้น ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล Orem (2001) กล่าว ว่า การศึกษา เป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยที่การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากนี้ Orem ยังกล่าวไว้ว่า การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานอกจากจะใช้ในการคิด พิจารณา ตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย นอกจากนี้การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ หลายด้านไม่ว่า จะเป็นด้านอารมณ์ จิตใจ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะใน การดูแลเฉพาะเจาะจงกับความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน เพื่อที่จะสามารถตอบสนองความ ต้องการของผู้สูงอายุได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มวิ้ว และคณะ (2540) พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการดูแลเพื่อที่จะ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสามารถ ดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนั้นใช้ความรู้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้ อย่างเหมาะสม ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม Orem (2001) กล่าวถึงสัมพันธภาพไว้ในปัจจัยด้านระบบครอบครัวว่าเป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีผู้เจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว และยังกล่าวว่าระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแล และระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโลวธรน ทองเจริญ และคณะ (2546) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยรวมทั้งความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องมีสภาพร่างกายสมบูรณ์ มีความรัก ความผูกพัน จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและจากการศึกษาของ จริยา วิทยะศุภร (2539) พบว่าสัมพันธภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแลของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้หรือเพิ่มความพยายามในการดูแล ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ส่วน Brandt and Weinert (1985) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ คือมีการรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้ตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำชี้แนะเพื่อการพัฒนาความสามารถในการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชฎา รักษานาม (2543) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัวหรือบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคตลอดจนวิธีการดูแล และการได้รับการช่วยเหลือเรื่องวัตถุประสงค์ของ ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นปัจจัยด้านภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Orem (2001) กล่าวคือ ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหลายด้านพร้อมกันอย่างช้า ๆ แต่ถาวรทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคมและการดูแลตนเองในที่สุด (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546; Gruetzner, 2001; Souder, 2004) จากระดับความเสื่อมของสมองที่มากขึ้นนั้น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องการการดูแลมากขึ้น อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นผู้ดูแลอาจไม่สามารถวางแผนการดูแลได้ (บุษกร ประภาพรสุข, 2546) จึงทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งจะยิ่งก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยมากขึ้น เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนมากขึ้นเพิ่มความลำบากในการดูแลแก่ผู้ดูแลในที่สุด (Kramer, 1997; Gruetzer, 2001; Hebert et al., 2003) ซึ่งความยากลำบากในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ดังนั้นสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
Orem (2001) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ แบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและโรคที่มีผลทำให้เกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าความสามารถในด้านต่าง ๆ จะลดลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งอาจเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอันประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติการขั้นพื้นฐานและกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงระดับความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการในส่วนที่ไม่สามารถตอบสนองด้วยตนเองได้ ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่สร้างความ

ยุ่งยากในการดูแลมากที่สุด (ศิริพันธุ์ ศาสตร์ย์, 2543; Gruetzner, 2001) จึงคัดสรรมาศึกษาในครั้งนี้

ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เป็นความแปรปรวนของการรับรู้ เนื้อหาของความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาที่นำความยุ่งยากมาสู่การดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2546; Sasat, 1998; Volicer and Hurley, 2003) ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ สามารถจัดกลุ่มของอาการที่เกิด (Finkel, 1998) โดยแบ่งเป็นอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจ ได้แก่ 1) อาการทางพฤติกรรม สังเกตได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การแสดงของความก้าวร้าวทางร่างกาย กระสับกระส่าย (Restlessness) ภาวะไม่สงบ (Agitation) เดินหลงไปโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย (Wandering) และขาดความยับยั้งทางเพศ (Sexual disinhibition) 2) อาการทางจิตใจซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น อารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

จากการศึกษาของยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2539) พบว่าปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลโดยที่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ดูแลไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้และจากการศึกษาของ Sasat (1998) พบว่าปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลต่อไปเนื่องจากไม่สามารถยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา รักษานาม (2543) ที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการอดทนกับพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ดูแลเช่นกัน ดังนั้นปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล

สมมุติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยคัดสรรมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังต่อไปนี้

1.1 ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทางบวกความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.5 สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.6 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.7 ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยคัดสรรของผู้สูงอายุซึ่งได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและเข้ารับบริการในคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวชในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจาก

แพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมและเข้ารับบริการในคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวชในโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในระหว่าง 24 กุมภาพันธ์ ถึง 7 เมษายน 2549 จำนวนทั้งสิ้น 130 คู่

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และสมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาจากแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของ Orem (2001) และจากกรอบทบทวนวรรณกรรม ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัยจากผู้ดูแล และกลุ่มปัจจัยจากผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีจำนวนปีที่ให้การดูแลไม่ต่ำกว่า 1 ปี จนถึงปัจจุบันหากเกิน 6 เดือน ถือว่าเป็นปีคิดเป็นจำนวนตามปีปฏิทิน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล หมายถึง การเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง วิธีการดูแลในเรื่อง การจัดการปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง และการจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้และกระบวนการต่าง ๆ ของผู้ดูแลแต่ละคน

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของตนกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลมีความรักความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับและให้เกียรติและยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความต้องการที่มีสื่อสาร รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล

กับผู้ที่ได้รับการดูแลในครอบครัว (Family Caregiver Inventory) ของ Stewart and Archbold (1996) ซึ่ง คมสัน แก้วระยะ (2540) ได้ปรับปรุงมาใช้ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ปรับจำนวนเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูงหมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่ำ

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมว่าตนได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคอง และสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ในเรื่องต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรักการดูแล เอาใจใส่ และความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย
2. ด้านการรับรู้ที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันและเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด กำลังใจและกำลังคนเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร เข้าใจซึ่งกันและกันเกิดความห่วงใยเข้าใจกัน
3. ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือรับผิดชอบช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการและเป็นที่ยิ่งของบุคคลอื่น
4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่องเคารพ ชมเชยและเห็นคุณค่าที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสังคม
5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของจากสังคม เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire: PQR Part II) ที่สร้างตามแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) ซึ่ง กรรณิกา คงหอม (2546) ได้นำมาใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากกรรณิกา คงหอม ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูง

หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ระดับความสามารถของสมองในส่วนต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

การรับรู้เวลา หมายถึง การรับรู้วัน วันที่ เดือน ปี ฤดูกาล

การรับรู้สถานที่ หมายถึง การรับรู้ชื่อสถานที่ ชั้นของอาคาร ชื่ออำเภอหรือเขต ชื่อจังหวัด ชื่อภาคตามภูมิศาสตร์

การบันทึกความจำ หมายถึง การจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง

สมาธิและการคิดคำนวณ หมายถึง การลบเลขในใจจาก 100-7 จำนวน 5 ครั้งติดต่อกัน

ความจำระยะสั้น หมายถึง การระลึกถึงชื่อสิ่งของ 3 อย่างจากการบันทึกความจำ

การบอกชื่อสิ่งของ หมายถึง การเรียกชื่อสิ่งของที่เห็น

การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน หมายถึง การฟังประโยคและพูดทวนซ้ำประโยคนั้น

การทำตามคำสั่ง หมายถึง การเข้าใจความหมายของคำสั่ง และการปฏิบัติตามคำสั่งนั้น

การอ่านและทำตามสิ่งที่อ่าน หมายถึง การเข้าใจความหมายของคำที่อ่าน และการปฏิบัติตามคำที่อ่าน

การเขียนประโยคที่มีความหมาย หมายถึง การเข้าใจความหมายของประโยคและความสามารถในการเขียนประโยค

ความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ หมายถึง ความสามารถในการวาดภาพห้าเหลี่ยมซ้อนกันสองรูปจากที่เห็นในภาพตัวอย่าง

ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (MMSE-T 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ฅบับภาษาไทย (2542)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการสังเกตของผู้ดูแล ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul (1994) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย

ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง การแสดงออกทางด้านอากัปกริยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการสังเกตของผู้ดูแล ประกอบด้วย อารมณ์หงุดหงิดและหลงผิด ประสาทหลอน การแสดงออกที่ผิดปกติ อารมณ์ไม่สงบกระสับกระส่ายก้าวร้าว วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวลและหวาดกลัว

ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale) ซึ่ง นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) ได้แปลมาจาก Reisberg (1987) คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาทางพฤติกรรมมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมน้อย

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ของ Ever et al. (1985) แปลโดย Hanucharumkul (1988) ซึ่ง สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ได้นำมาวัดความสามารถในมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อความบางข้อเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลมาก

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา บุตร หลานหรือเป็นญาติพี่น้องกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด โดยให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 1 ปี และได้พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในคลินิกมากกว่า 1 ครั้ง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่ คลินิกความทรงจำ และคลินิกประสาทจิตเวช ในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ความรู้เกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นสามารถนำไปสร้างการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมต่อไป
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยคัดสรรของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความหมายของภาวะสมองเสื่อม ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม พยาธิสภาพ การวินิจฉัย อาการและการดำเนินโรค การรักษา
2. บทบาทของพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2544) ให้ความหมายของ ภาวะสมองเสื่อม ว่า เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทและจิตเวชวิทยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงแบบเรื้อรังโดยมีการสูญเสีย

ความจำ ความเฉลียวฉลาด บุคลิกภาพและอารมณ์ โดยที่ผู้ป่วยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และต้องไม่ใช่ภาวะพิการมาแต่กำเนิด

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติ ในเนื้อสมอง โดยมีอาการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวและ มีความผิดปกติในหน้าที่ของเนื้อสมองส่วนอื่นร่วมด้วย เช่น อาจมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน ลดลง (Abstract thinking) มีความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของ บุคลิกภาพและมีความผิดปกติอื่น ๆ ในหน้าที่สมองส่วนคอร์ติคัล (Higher cortical function) ร่วม ด้วยไม่มากนัก โดยที่ความผิดปกติที่กล่าวมาก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิต สังคม และ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2546) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความบกพร่อง ทางด้าน ความจำ ความคิด และความสามารถของสมอง ซึ่งรุนแรงจนรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก (2005) ได้ให้ความหมายของ ภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการที่ ทำให้เกิดความเสื่อมอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถทางด้านสติปัญญาต่าง ๆ การควบคุมอารมณ์และ พฤติกรรม ขณะที่ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ และยังมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดำเนิน กิจวัตรประจำวันของตัวผู้ป่วยเอง

จะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของสมองใน หลาย ๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านต่าง ๆ ทั้งความจำ ความคิด การตัดสินใจ ตลอดจน ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงในที่สุด

1.2 ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในประชากรสูงอายุ จากการสำรวจของสถาบันเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุ (2546) พบว่าร้อยละ 11 ของผู้สูงอายุไทยมีสมรรถภาพสมองบกพร่อง และประชากร สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ จะมีความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงมากขึ้น โดยเป็นไปตามตามกฎ สามเท่ากล่าวคือในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 3 อายุ 80-89 ปี พบร้อยละ 10 และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปพบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 30 (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2546) และจากรายงานจากสถิติประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รายงานเมื่อ มกราคม 2548 มีประชากรสูงอายุ 7,029,000 คน ดังนั้นคาด ประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันมีจำนวน 773,190 คน และจาก แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็น 10 ล้านคน ในปี 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนั้นคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเป็นจำนวน 1.22 ล้านคน เช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้ความชุกที่พบมากในเพศหญิง เป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ นั้นเป็นผู้หญิงหรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านความผิดปกติทางฮอร์โมน ส่วนการศึกษาและอาชีพภาวะสมองเสื่อมพบในผู้ที่มีการศึกษาน้อยมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดี และพบในอาชีพที่ไม่ต้องใช้ความเฉลียวฉลาดมากนักน้อยกว่าคนที่ต้องใช้ความคิดมาก โดยทั่วไปพบว่าภาวะสมองเสื่อมพบในผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำบ่อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากโอกาสทางการศึกษาต่ำ

1.3 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้มีการจำแนกแตกต่างกันออกไปในหลายลักษณะ แต่ที่ใช้กันเป็นมาตรฐานคือการจำแนกตามที่มาของสาเหตุ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1) สาเหตุปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสาเหตุที่มาจากความผิดปกติภายในเนื้อสมองซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น โรคพิก (Pick's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นต้น

2) สาเหตุทุติยภูมิ เป็นสาเหตุจากภายนอกเนื้อสมองสาเหตุที่พบบ่อยคือ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือด เช่น เส้นเลือดตีบ หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจากเนื้อสมอง หรือจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์และกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบี 12 การติดเชื้อในสมอง เกิดจากสารพิษและยา เช่น สุรา ยารักษาโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า

1.4 พยาธิสภาพ

ในผู้สูงอายุแม้จะมีการตายของเซลล์สมองอยู่ตลอดเวลา แต่ก็จะมีจำนวนไม่มากเหมือนกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติ 3 ประการที่สำคัญ คือ สูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น (Nerve cell communication) การเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติ (Nerve cell metabolism) และกระบวนการซ่อมแซมเสียไป (Nerve cell repair) ดังนั้นจึงมีผลให้เซลล์สมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมหยุดทำงานหรือสูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น และเซลล์เหล่านี้ก็จะตายไปในที่สุด ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยจะเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่บริเวณสมองส่วน Hippocampus ก่อนซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมเรื่องความจำ จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำระยะสั้น (Short term memory) และต่อมาความสามารถของผู้ป่วยในด้านการงานที่ทำอยู่ประจำสูญเสียไป หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Geula, 2000)

ในระยะต่อไปจะมีการตายของเซลล์สมองเกิดขึ้นที่บริเวณผิวสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมด้านภาษาและการใช้เหตุผล ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาและการตัดสินใจ ทำให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม นอกจากนี้อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก เช่น มีอาการก้าวร้าว (Agitation) และเดินรุ่มรวยไปมาตลอดเวลา (Wondering) ซึ่งมักจะเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ ทำยที่สุดเซลล์สมองที่ผิวสมองจะมีการเสื่อมสลายเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทำให้สมองทั้งหมดฝ่อหรือเหี่ยวอย่างชัดเจน ซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยมักจะนอนนิ่งอยู่แต่ในเตียงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย มีการขับถ่ายเรี่ยราด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใดทั้งสิ้น

สำหรับพยาธิสภาพของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่ามีลักษณะเด่น 2 ประการ ที่เกิดจากโปรตีน 2 ชนิด คือ Amyloid plaques และ Neurofibrillary tangles (Geula, 2000)

Amyloid plaques เป็นโปรตีนเชิงซ้อนซึ่งประกอบด้วย โปรตีนที่ไม่ละลายน้ำ (beta-amyloid) และรวมกลุ่มกันแน่นพร้อมกับมีส่วนประกอบของเซลล์สมองที่แตกสลายหรือตายปนกับ microglia และ astrocyte เป็นกระจุก โดยที่โปรตีนเชิงซ้อนนี้จะอยู่นอกเซลล์สมอง

ส่วน Neurofibrillary tangles เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในเซลล์สมองโดยมีลักษณะผิดปกติเป็นเส้นใยยาว ๆ ที่บิดตัวกันเป็นเกลียวพันกัน ส่วนประกอบส่วนใหญ่ของ Neurofibrillary tangles นี้ คือ โปรตีนชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Tau protein

ปัจจุบันได้มีการศึกษาค้นคว้ามากมายเกี่ยวกับโปรตีนทั้ง 2 ชนิดนี้ พบว่า beta-amyloid protein นั้นเกิดการย่อยสลายของโปรตีน Amyloid precursor protein ที่เป็นโปรตีนที่มีความสัมพันธ์กับเยื่อหุ้มเซลล์สมองในด้านการดำรงอยู่ของเซลล์การซ่อมแซมและการงอกขยายของส่วนต่าง ๆ ของเซลล์สมองภายหลังที่เกิดมีพยาธิสภาพต่อเซลล์จะถูกย่อยสลายด้วยเอนไซม์ Protease ให้กลายเป็น beta-amyloid protein ในที่สุด และถูกขับออกมาโดยมีลักษณะเหนียวเหนืดและรวมกลุ่มกันอยู่นอกเซลล์สมอง โดยเกาะติดกันแน่นและรวมกับส่วนของเซลล์สมองที่ตายแล้ว และยังมีเซลล์ชนิด Microglia (คอยกินเซลล์ที่ตายแล้ว ทำให้เกิดการอักเสบ) กับ Astrocyte (เซลล์พุงเซลล์สมอง) มารวมกลุ่มด้วยกลายเป็น Amyloid plaques เกิดขึ้นในที่สุด (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

ในกรณีที่มีการกลายของเซลล์ของโปรตีน (APP) จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ และการศึกษามากมายเกี่ยวกับการเกิด beta-amyloid protein และพบว่าสารนี้เกิดขึ้นในเซลล์สมองบริเวณ Golgi network และในผู้ป่วยสมองเสื่อม จะพบว่า endosome ซึ่งเป็น organelles เล็ก ๆ ในเซลล์สมองนั้นมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นก่อน นอกจากนี้ยังเชื่อว่า beta-amyloid protein นี้ เป็นสารพิษต่อเซลล์สมองโดยทำให้เกิดการอักเสบเกิดขึ้นในสมองโดยตรง หรือมีการหลั่งของอนุภาคลิขระออกมาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ beta-amyloid ยังทำให้เซลล์สมองถูกทำลายได้ง่ายขึ้นในขณะเกิดภาวะสมอง

ขาดเลือด โดยการยอมให้แคลเซียมทะลักผ่านผนังเซลล์เข้าไปในเซลล์สมองได้อย่างมากมาย ซึ่งจะมีผลทำให้เซลล์สมองตายในที่สุด

สำหรับ Tau protein ที่เป็นสาเหตุของพยาธิสภาพในเซลล์สมองของผู้ป่วยสมองเสื่อม นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับ microtubule ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของโครงสร้างภายใน ในคนปกติ microtubule จะทำหน้าที่คล้ายรางรถไฟที่เป็นทางนำอาหาร หรือลำเลียงสารเคมีสื่อประสาท จากตัวเซลล์สมองไปยังปลายสุดของเซลล์ประสาท เพื่อเชื่อมโยงกับเซลล์ประสาทตัวอื่น ๆ แต่ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทางรถไฟหรือ microtubule นี้จะมีความผิดปกติเกิดขึ้นกล่าวคือ จะมีการบิดตัวกันเป็นเกลียว เนื่องจาก Tau protein มีความผิดปกติของคุณสมบัติทางเคมี จึงทำให้ไม่สามารถนำอาหาร หรือลำเลียงสารเคมีสื่อประสาทไปตามเซลล์นำเข้า เพื่อไปเชื่อมโยงกับเซลล์สมองตัวอื่นได้ และต่อมา เซลล์สมองก็ตายไปในที่สุด

1.5 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจะต้องพิจารณาว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติเข้าได้กับ ภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ สิ่งแรกที่ต้องทำความเข้าใจคือความชราไม่ใช่สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม เพียงแต่มีการศึกษาพบว่าในประชากรที่มีอายุสูงจะมีปัญญาและความจำจากการทดสอบต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่มีอายุน้อย (Craik, 1977; Surprenant, 2003) บ่อยครั้งที่มีการเข้าใจผิดว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะสมองเสื่อม โดยส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการตอบคำถามอย่างเพียงพอ หรือผู้ป่วยมีความผิดปกติของการได้ยินหรือการมองเห็นหรือผู้ป่วยมีการศึกษาที่ไม่สูงหรือมีวัฒนธรรมตลอดจนการใช้ภาษาที่แตกต่างออกไป (Jitapunkul, 1997) หรือผู้ป่วยมีภาวะสับสนฉับพลันในขณะนั้น หรือจากการที่แพทย์ไม่สามารถใช้ข้อวินิจฉัยได้แม่นยำ ในรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย การติดตามอาการทางคลินิกจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดก่อนที่จะให้การวินิจฉัย ถ้าไม่สามารถแยกออกจากภาวะสับสนได้ให้ถือว่าเป็นภาวะสับสนไว้ก่อนเสมอ (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2544)

ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาด้านความจำที่เรียกว่า ปัญหาความจำในวัยสูงอายุ (Senile memory problem หรือ Benign senescent forgetfulness) ซึ่งเป็นปัญหาของความจำระยะสั้นเพียงอย่างเดียว โดยจะเกิดการลืมสิ่งของหรือลืมชื่อบุคคลที่เคยรู้จัก ในบางรายจะลืมงานที่ทำค้างไว้ เช่น ลืมว่าต้มน้ำไว้ แต่ส่วนใหญ่ปัญหาการลืมในผู้สูงอายุจะนึกขึ้นได้ภายหลัง การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และความจำในเรื่องราวที่สำคัญทั่วไปยังเป็นปกติ อาการลืมเหล่านี้มีลักษณะคงที่ไม่เลวลงและไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลมักจะกังวลว่าจะเป็นจากภาวะสมองเสื่อม ทำให้พบว่าผู้ที่มาปรึกษาแพทย์เรื่องปัญหาความจำส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีปัญหาความจำในวัยสูงอายุ อาการผิดปกติของความจำนี้อาจถูกสังเกตได้โดยตัวผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลก็ได้ บางครั้งแยก

ได้ยากจากภาวะสมองเสื่อมวิธีจำแนกต้องให้การติดตามผู้สูงอายุไปหลาย ๆ เดือน และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบสูงมากต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัวทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องให้การวินิจฉัยอย่างแม่นยำและต้องให้ความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ในการวินิจฉัยจึงต้องอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญซึ่งส่วนใหญ่การวินิจฉัยเป็นการให้บริการในสถานพยาบาล (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2544; Stanley, et al, 2005)

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนิยมใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

มีความบกพร่องของความสามารถของสมองหลายส่วนซึ่งจะต้องมีอาการความจำเสื่อมและมีอาการอย่างอื่นอีกอย่างน้อย 1 อย่าง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546) ได้แก่

- 1) พูดไม่ถูก (Aphasia) เรียกไม่ได้ เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก
- 2) ทำไม่เป็น (Apraxia) ทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ทั้งที่เคยทำมาก่อน ทั้งนี้ประสาทรับความรู้สึกรวมทั้งแขนขามีกำลังปกติ
- 3) ไม่รู้จัก (Agnosia) ไม่รู้เรื่อง เช่น ไม่รู้จักคนในกระจก
- 4) มีความบกพร่องในเรื่องการบริหาร การจัดการ (disturbance in executive function) ได้แก่ ความคิดเป็นลำดับขั้นตอน เหตุผล การตัดสินใจ ความคิดเชิงนามธรรม เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าแต่งตัวอย่างไร

ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะต้องเปลี่ยนแปลงจากระดับเดิมที่เป็นปกติและจะต้องรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งในด้านหน้าที่การงาน และสังคม และจะต้องแยกจากภาวะสับสนฉับพลัน

1.6 อาการและการดำเนินโรค

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในวัยสูงอายุโดยพบร้อยละ 11 ค่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยภายหลังวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 8-10 ปี มีลักษณะการดำเนินของโรค 3 ระยะ คือ (พนัส รัตนฤกษ์กิจไพศาล, 2544)

ระยะแรก (1-3 ปี) มีอาการสูญเสียความทรงจำที่ชัดเจน คือ การสูญเสียความจำระยะสั้น (Short term memory) ของผู้ป่วยมักจะมีคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกตและผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า การใช้คำต่าง ๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของเริ่มไม่ถูกต้อง (Anomia) จนบางครั้งมีใช้คำอธิบายแทนหรือเรียกชื่อใหม่เอง (Paraphasia) ความสามารถด้าน Construction เช่น การวาดรูป หรือการถ่ายทอดภาพที่เห็นออกเป็นคำพูดไม่ค่อยได้ ระยะนี้เริ่มหลงทิศ หลงทาง ถ้าไปอยู่ในสังคมที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยในระยะนี้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้เป็น

ปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย แต่กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การคิด บัญชีรับ จ่าย การดูแลบ้าน จะมีความบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายอาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงที่พบได้ เช่น ท่าทางเฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และในขณะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับรู้ (Awareness) ถึงความผิดปกติของตนเองซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่ 2 (2-10 ปี) ความจำเสื่อมมากขึ้นถึงขั้นจำสิ่งที่เพิ่งทำไม่ได้ เช่น รับประทานอาหารแล้วยังบอกว่าไม่ได้รับประทาน บ่นว่าของหายเพราะวางผิดที่ จำญาติที่ห่างออกไปไม่ได้ ความจำเก่าเริ่มเลือนลางหายไป การพูดจาจะยิ่งซ้ำและสั้น การพูดประโยคยาว ๆ จะไม่รู้เรื่อง ในระยะนี้ การดูแลตนเองบกพร่องไม่ค่อยสนใจสุขภาพลักษณะ เช่น การแปรงฟัน หวีผมหรือล้างหน้า การชำระร่างกายภายหลังการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันยากลำบากมากขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ไม่เป็น การขึ้นรถประจำทางไม่ถูก อาจมีอาการทางจิต เช่น ภาพหลอน หูแว่ว การตรวจร่างกายจะพบความผิดปกติทาง Motor system อาจพบความผิดปกติในการตรวจ Computer scan สมองหรือตรวจคลื่นสมอง

ระยะที่ 3 (3-12 ปี) เป็นระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยสูญเสียความจำจนไม่สามารถจดจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อหรือจำตัวเองไม่ได้ว่าเคยเป็นใครมาก่อน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่รู้จักการเคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่าย ไม่สามารถพูดได้หรือพูดเป็นคำ ๆ ตามคนอื่น ผู้ป่วยบางรายนอนติดเตียง แขน ขา งอเกร็ง ต้องได้รับการดูแลทุกอย่างจนกระทั่งเสียชีวิต

จะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถหลาย ๆ ด้าน โดยมีการสูญเสียความจำเป็นอาการเด่น และเมื่ออาการดำเนินไปเรื่อย ๆ ยิ่งทำให้สูญเสียความสามารถมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งความคิด เซาว์ปัญญา การตัดสินใจ รวมทั้งความสามารถในการสื่อสาร และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองในที่สุด แนวโน้มการพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น

1.7 การรักษา

ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมยังไม่ทราบแน่ชัด ทำให้การป้องกันและการรักษานั้นยังไม่ประสบความสำเร็จ ยาที่มีอยู่ในปัจจุบันใช้เพื่อช่วยชะลอการดำเนินไปของโรคเท่านั้น ส่วนยาตัวอื่น ๆ ที่คาดว่าจะใช้เป็นยารักษานั้นกำลังอยู่ในขั้นการค้นคว้า ดังนั้นแนวทางในการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. การรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological) ได้แก่ (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2544: 73-74)

1.1 การให้ยาเพื่อรักษาตามอาการ เนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมเกิดจากการขาดสารเคมี acetylcholine จึงมีการให้ยาเพื่อเพิ่ม acetylcholine ได้แก่

1.1.1 Donepezil เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์ต่อ acetylcholinesterase ในสมองมากขึ้น มีผลข้างเคียงต่อดับและอวัยวะอื่นน้อย

1.1.2 Rivastigmine เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์คล้าย Donepezil ยานี้มีผลดีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

1.2 การให้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น

1.2.1 ยาด้านอนุมูลอิสระ เนื่องจากอนุมูลอิสระมีส่วนในการทำลายเซลล์สมองเป็นอย่างมาก ดังนั้นการให้ยาในกลุ่มนี้เพื่อชะลอความเสื่อมทางสมองในผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งได้แก่ Vitamin E และ selegiline

1.2.2 ฮอริโมน Estrogen โดยเชื่อว่ามียบทบาทในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับ Estrogen ทดแทนมีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

1.2.3 ยาด้านการอักเสบ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาสันนิษฐานว่ายาด้านการอักเสบช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อมได้

1.2.4 สมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ยังไม่พบกลไกการออกฤทธิ์แน่ชัดจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้นาน 1 ปี มีอาการทางสมองดีขึ้นเล็กน้อย

1.2.5 Vaccine ปัจจุบันพบว่าการฉีดวัคซีนป้องกันการสร้าง amyloid protein ในสัตว์ทดลองสามารถยับยั้งการเกิดพยาธิสภาพการเกิดสมองเสื่อม ซึ่งเป็นความหวังในการผลิต vaccine ในมนุษย์ในอนาคต

2. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (Non Pharmacological) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการให้ยา (Pharmacological) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ ซึ่งจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาดำเนินของโรค การรักษาโดยไม่ใช้ยานี้จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่องขีดจำกัดและความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การฝึก การสอนผู้ป่วยต้องใช้เวลาและความอดทนและความพยายามมากเป็นพิเศษ

หลักการรักษาแบบไม่ใช้ยา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลแบบไม่ใช้ยา ซึ่งการรักษาแบบไม่ใช้ยามี 4 วิธี ได้แก่ (ประเสริฐ บุญเกิด และคณะ, 2546: 14-21)

2.1 การส่งเสริม เป็นการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง สร้างความภาคภูมิใจที่เหมาะสม ไม่ใช่ความรำคาญโดยไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำอะไรด้วยตัวเองเลย นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมและดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจสร้างความเครียดแก่ผู้ดูแล ดังนั้นการให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

2.2 การกระตุ้นที่เหมาะสม การกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป อาจจะทำให้ผู้ป่วยเครียด เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา การหาสิ่งกระตุ้นหรือเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เป็นสัญลักษณ์เพื่อกระตุ้นหรือรักษากิจกรรมที่จำเป็นให้คงอยู่ เช่น การแต่งตัว การติดต่อสื่อสาร อาจต้องใช้สัญลักษณ์หรือภาษากายมากกว่าคำพูด

2.3 ข้อควรปฏิบัติ การค้นหาและใช้ทักษะที่ผู้ป่วยยังพอมีอยู่ให้เป็นประโยชน์ เช่น บางคนยังคิดเลขได้ ขับรถได้ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการแก้ไขการรับรู้ที่บกพร่อง เช่น การมองเห็น การได้ยิน ตลอดจนการปรับปัญหาพฤติกรรมโดยใช้หลักการ ABCs (Teri and Uomoto, 1991) คือ

A = Antecedent การหาสาเหตุการเกิดปัญหาพฤติกรรม

B = Behavior การสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ

C = Consequence ผลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2.4 ข้อควรหลีกเลี่ยง ควรหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ทางคำพูด อารมณ์ พยายามรักษาความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ซับซ้อนและมากเกินไป และหลีกเลี่ยงการให้ทางเลือกในการตัดสินใจหลาย ๆ ทางแก่ผู้ป่วย

ซึ่งจะเห็นได้ว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทั้งรูปแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยาซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ต้องใช้ควบคู่กันไป โดยเฉพาะการรักษาโดยไม่ใช้ยาที่พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือเพื่อช่วยส่งเสริมให้มีการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะของผู้ดูแลในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลมีการพัฒนาความรู้ ทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแล ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในส่วนนี้ สำหรับการบริการทางการแพทย์ที่พยาบาลจัดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย 5 วิธี ดังนี้

2.1 การชี้แนะ พยาบาลมีการชี้แนะผู้ดูแลให้สามารถเลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดูแลหรือวิถีปฏิบัติต่าง ๆ และให้ผู้ดูแลเลือกและตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการแสดงของความผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เชื่อถือได้ตั้งแต่ระยะแรก

2.2 การสนับสนุน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น พยาบาลแสดงให้ผู้ดูแลรู้ว่า เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลได้ รับฟังปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งพูดคุยให้กำลังใจและสนับสนุน นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

2.3 การสอน เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาความรู้ หรือทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

2.3.1 ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เช่น สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค แนวทางการดูแล กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งการให้ความรู้อาจใช้สื่อการสอนร่วมด้วย หรือใช้คู่มือการสำหรับผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ ตลอดจนสามารถพบทวนเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลได้

2.3.2 การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคอยให้คำแนะนำ กำลังใจและการแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำไม่ถูกต้อง

2.3.3 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

2.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในคลินิกให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เช่น การจัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งการมีกลุ่มช่วยเหลือกัน จะช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อสามารถตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการดูแลต่าง ๆ ได้

2.5 ให้คำปรึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลอย่างเต็มตัวซึ่งอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายเกิดความเครียด ต้องการระบายความรู้สึกและต้องการแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ควรเป็นสถานพยาบาลที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะ รวมทั้งควรมีระบบการสื่อสารติดต่อสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลให้สามารถแก้ปัญหาและข้อคับข้องใจต่าง ๆ ช่วยให้มีโอกาสพัฒนาความสามารถในการดูแลได้อย่างเต็มที่

จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการชี้แนะ การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งด้านความรู้ วัสดุสิ่งของ ตลอดจนจนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นจากการดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามวัยในผู้สูงอายุประกอบกับพยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในสวนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องแบกรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องการความต่อเนื่อง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2537) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดพื้นฐานที่จะนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวมีปัจจัยเกี่ยวข้องซึ่งควรพิจารณาว่าทำไมคนจึงช่วยเหลือผู้อื่น ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 86)

1) Bystander effect หมายถึง การที่มีคนจำนวนมากที่อยู่ในสถานการณ์ของการดูแลนั้น ๆ แต่จะมีผู้ที่ลงมือช่วยเหลืออย่างจริงจังมีน้อย เนื่องมาจากความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่คิดว่าความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ไม่ได้เป็นของผู้ใดแต่จะกระจายอยู่ในทุกคนที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจรอดูก่อนว่าจะมีใครให้ความช่วยเหลือบ้าง

2) ลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือ โดยทั่วไปผู้ที่มีลักษณะโครงสร้างทางร่างกายที่ดึงดูดความสนใจเมื่อตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือมักจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเป็นอย่างดี

3) ความคล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ เช่น ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องที่สืบสายเลือดเดียวกันหรือบุคคลที่มีเชื้อชาติเดียวกัน ก็จะทำให้ความช่วยเหลือกันมากกว่าผู้อื่น

4) แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจว่าบุคคลจะช่วยเหลือหรือไม่เพราะเหตุใด แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

(4.1) Egoistic motivation เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือโดยคาดว่าจะได้รางวัล ค่าจ้าง การยอมรับจากสังคม คำชม หรือการป้องกันคำครหาในหน้าที่

(4.2) Altruistic motivation เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ ซึ่งมีพื้นฐานจากความเป็นญาติ ความสัมพันธ์ในอดีต ความคล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ ความเชื่อ ระหว่างผู้ให้และผู้รับการดูแล

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการดูแลที่เกิดจากความคล้ายคลึงกัน นั่นคือ เป็นการดูแลโดยบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ประกอบกับเป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากความเป็นญาติซึ่งน่าจะก่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพได้

3.2 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวมาจากภาษาอังกฤษที่ใช้ใช้ในการเขียนบทความหรือรายงานการวิจัยของต่างประเทศอยู่หลายคำ เช่น Family caregiver หรือ Informal caregiver และ Carer ซึ่งหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้ (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84)

1) ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

2) ผู้รับการดูแล (Care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์ และสติปัญญา การคิดตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

นอกจากนี้ การให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล (Horowitz, 1985: 201) กล่าวคือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Give direct care) มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว การป้อนอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช้การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้รับการดูแลโดยตรง (Indirect care) เช่น การจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้รับการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ที่อาจจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็นการดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลในครอบครัวประกอบไปด้วย การทำกิจกรรมทดแทน การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่อยู่ในความดูแลและช่วยเหลือแก้ปัญหา หาแหล่งประโยชน์ต่อผู้ที่อยู่ในความดูแลและพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลหลักต้องทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้สุขภาพและการทำงานของสมองลดลง การกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลประกอบด้วย (Alzheimer's Disease Education Referral Center, 2005; Family Caregiver Alliance, 2005)

1) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (Reality Orientation) การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้เวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารเช้าหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว ซึ่งผู้ดูแลกระตุ้นได้โดยการตั้งคำถาม คำตอบ หรือกลวิธีอื่น ๆ ให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสความเป็นจริงรอบตัว เช่น ถามเรื่องการ

รับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน อาจพูดถึงสภาพดินฟ้าอากาศ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับรู้เวลากลางวัน กลางคืน ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการรอคำตอบเนื่องจากผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลานานในการนึกและตอบคำถาม

2) การดูแลการเคลื่อนไหว เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่าง ๆ ทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อยคือไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามต้องการ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปในระยะแรกอาจเดินไม่ค่อยมั่นคงต่อมาก็เดินช้าลงและสุดท้ายเดินลากเท้าหรือในบางรายอาจเดินไม่ได้

ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจกรรมต่างได้ เช่น การทำราวติดกำแพงให้ผู้สูงอายุยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรจะเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับเดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิดที่ง่ายต่อการสวมใส่ เช่น ให้ใส่เสื้อคอกระเช้าแทนเสื้อติดกระดุม

3) การดูแลการขับถ่าย ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้สูงอายุหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเฉพาะเวลากลางคืน ผู้ดูแลอาจให้ความช่วยเหลือโดยการหาสถานที่พักที่สะดวกแก่การดูแล โดยจัดให้ห้องนอนและห้องน้ำอยู่ไม่ไกลกันมากนัก ทางเดินไม่วกวน เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้ป่วยจะลุกมาเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองจัดบันทึกลงเวลาขับถ่ายของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ประมาณเวลาที่จะพาผู้ป่วยไปห้องน้ำได้ทันก่อนที่จะปัสสาวะราดได้ หรือพาไปเข้าห้องน้ำทุก ๆ 2 ชั่วโมง ซึ่งควรทำอย่างสม่ำเสมอ หากผู้สูงอายุมีปัสสาวะราดในตอนกลางวัน ควรจะลดปริมาณน้ำดื่มและพาเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนนอน กรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ใช้ผ้าพลาสติกปูรองพื้นที่นอน

4) การดูแลประจำวันทั่วไป ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพบปัญหาต่าง ๆ ได้อยู่เรื่อย ๆ ช้าแล้วช้าเล่า ซึ่งปัญหาจะแตกต่างกันในแต่ละรายกลายเป็นภาวะที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ หากผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างถูกต้องหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะช่วยลดภาระในการดูแลไปได้ เช่น

(4.1) ความปลอดภัยทั่วไป เก็บไม้ขีด ไฟแชคไว้ในที่มิดชิด หากผู้สูงอายุยังสูบบุหรี่ต้องคอยระวังไม่ให้วางทิ้งไว้โดยไม่ดับหรือทิ้งลงบนพื้น ระวังเรื่องเตาหุงต้มหากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำทักษะในการเคลื่อนไหวบกพร่อง ก็ไม่ควรให้หุงต้มอาหารเอง พื้นบ้านควรสะอาดไม่ลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง ถ้าต้องขึ้นลงบันไดควรทำราวจับและคอยดูแลขึ้นลงทุกครั้ง จัดวางสิ่งของทั่วไปให้เป็นระเบียบอยู่ในตำแหน่งเดิมเสมอเพื่อสะดวกในการหยิบและจดจำ ติดป้ายเครื่องหมายตำแหน่งประตูห้องน้ำ ห้องนอนให้ชัดเจนทำราวจับเดิน ใช้นาฬิกา โทรศัพท์ ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่

(4.2) การดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การเตรียมอาหารหรือช่วยจัดสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ป้องกันไม่ให้น้ำหนักตัวลด นอกจากนี้ความต้องการพลังงานจะสูงกว่าผู้สูงอายุที่ปกติ ในบางครั้งจำเป็นต้องได้รับอาหารเสริมเพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้น (National Institute on Aging, 2004)

หลักสำคัญในการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ได้แก่ เลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ใช้เวลาเพียงพอในการรับประทานอาหาร และเน้นอาหารมื้อกลางวันเมื่อผู้สูงอายุแสดงความอยากรับประทานอาหารในการจัดอาหารควรยึดหลักดังนี้ จัดอาหารให้เป็นเวลา จัดอาหารที่มีประโยชน์มีเนื้อสัมผัส (Texture) สีสและส่วนประกอบของเครื่องปรุงหลากหลาย จัดอาหารให้เป็นชิ้นสามารถหยิบจับได้ด้วยมือ จัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ไม่มีเสียงหรือการเคลื่อนไหวมาก ๆ รบกวน เช่น เสียงดังจากโทรทัศน์โทรศัพท์ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความสนใจไปเรื่องอื่น และไม่รับประทานอาหารได้ อุณหภูมิของอาหารไม่ร้อนจนเกินไป เพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับสัมผัสร้อนหนาวต่ำกว่ากลุ่มอื่น อาหารที่ร้อนเกินไปอาจทำให้ลวกปากผู้สูงอายุได้ จำกัดอาหารที่มีเกลือมาก อาหารหวานจัด ในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืน ควรจัดอาหารให้มีชิ้นเล็ก ๆ อาหารบดหรือปั่น ตักอาหารใส่จานให้ผู้สูงอายุทีละอย่าง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อต้านการรับประทานอาหาร ให้เปลี่ยนกิจกรรมและค่อยกลับมารับประทานอาหารใหม่ที่หลัง ผู้ดูแลควรช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับเวลาในการรับประทานอาหาร

(4.3) การพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกนอกบ้าน เพื่อเดินเล่นหรือออกกำลังกาย จะช่วยให้สภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยเฉพาะในระยะแรกที่มีอาการไม่มากและมีร่างกายที่สมบูรณ์ ผู้สูงอายุไม่ชอบอยู่ในสถานที่ที่จำกัด ผู้ดูแลจึงควรรหาโอกาสพาผู้ป่วยออกนอกบ้านบ้าง เช่น การพาไปเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ อย่างไรก็ตามการพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกนอกบ้าน ควรปฏิบัติดังนี้

ผู้ดูแลต้องระวังปัญหาเรื่องการพลัดหลง เนื่องผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องความจำ การสื่อสาร ในรายที่มีอาการมากจะไม่สามารถจำตนเองและทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญได้ ผู้ดูแลควรเขียนบัตรประจำตัว ที่มีชื่อ ที่อยู่ ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่สามารถติดต่อได้ให้ผู้สูงอายุพกติดตัวไว้ตลอดเวลา

5) การควบคุมพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอารมณ์รุนแรงเปลี่ยนแปลงได้ง่ายต่อสถานที่แปลกใหม่ ความสับสน ผู้คน เสียงรบกวน การถูกถามหลาย ๆ ครั้ง ติดต่อกัน หรือถูกให้ทำงานบางอย่างที่ยากสำหรับคนเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น ร้องไห้ ตื่นเต้น กลัวหรือโกรธ เขาจะกลบเกลื่อนปัญหาของตนโดยปฏิเสธการกระทำของตน หรือกล่าวหาผู้อื่น

ผู้ดูแลควรจะปฏิบัติเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหานี้ คือ ประการแรกต้องเข้าใจอย่างถูกต้องว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประการที่สอง พยายามลดพฤติกรรมดังกล่าวลง โดยพูดหรือปฏิบัติกับผู้สูงอายุอย่างใจเย็นเป็นขั้นเป็นตอน

6) การสนทนาและการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาในการใช้คำ และชื่อของสิ่งของหรือบุคคลโดยอาจจะใช้คำที่มีเสียงคล้าย ๆ กันแทน เช่น ข้าว แทน ข้าว บางครั้งอาจใช้คำที่มีความหมายคล้ายกันแทนคำที่นึกไม่ออก เช่น ผ้า แทน กางเกง หรือบางที่อาจใช้วิธีบอกเล่าลักษณะของสิ่งของหรือความหมายของคำนั้น เช่น ที่ใช้เขียน แทน ปากกา เป็นต้น ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เป็นมากแล้ว อาจพูดได้เพียงบางคำหรือพูดวลีซ้ำ ๆ กันอยู่ตลอดเวลาหรือพูดไม่รู้เรื่องเลยก็ได้ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ฟังคับข้องใจ สุดท้ายก็อาจนำมาสู่ปัญหาการต่อต้านและไว้วางใจหรือระเบิดอารมณ์โกรธเมื่อไม่มีใครเข้าใจเขา

3.4 ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแล

โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบจากการดูแลที่ใกล้เคียงกันแต่ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจได้รับผลกระทบจากการดูแลมากกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่สามารถวางแผนการดูแลที่แน่นอนได้ จากการเปลี่ยนแปลงของอาการจากภาวะสมองเสื่อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Marcia, 1997) ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผลกระทบทางบวก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการให้การดูแล การได้รับความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น (Kramer, 1997) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเหตุผลหลายประการในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (Sasat, 1998: 339-342; ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2546: 41)

(1.1) การได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทสังคมไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลมีเหตุผลในการดูแลเพื่อทดแทนพระคุณที่เคยได้รับและมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป

(1.2) การได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยาหรือเป็นลูกหลาน

(1.3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลมีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น

2) ผลกระทบทางลบ ซึ่งผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้าน ดังนี้

(2.1) ผลกระทบทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem) ได้แก่

(2.1.1) อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของสิ่งที่รักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ

(2.1.2) ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

(2.1.3) ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

(2.1.4) ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาของความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอาย

(2.1.5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

(2.2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสลับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิงซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โตอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหาทางด้านร่างกายจำแนกได้ ดังนี้

(2.2.1) ปวดหลัง (Back pain) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลัง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้ที่นั่นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ

(2.2.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้ เช่นกัน

(2.2.3) มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลงไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

(2.3) ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Problem)

(2.3.1) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา (Full Time) เป็นทำงานบางเวลา (Part Time) หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

(2.3.2) รายได้ลดลง ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วอาจทำให้มีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

(2.3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเปลี่ยนแปลงไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

4.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นมโนคติที่คล้ายคลึงกับความสามารถในการดูแลตนเอง โครงสร้างพื้นฐานกำเนิดมาจากความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) ที่จะทำให้เข้าใจความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น รวมถึงให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย (Orem, 2001)

การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับ การที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้อง พึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็น การตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของอีกบุคคลหนึ่ง

ดังนั้น เมื่อพิจารณาความหมายของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สำหรับ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว หมายถึง ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อม โดยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่จะช่วยให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปได้ การดูแลที่ จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ตลอดจนการ ดูแลเมื่อมีภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อมนั่นเอง

4.2 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self - care requisites) ของผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม

การตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisites) ของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) มากกว่าความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่ง Orem (1995) ได้แบ่งความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 อย่าง ได้แก่

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความ ต้องการการดูแลตนเองของทุกคนในทุก ๆ วัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ ความต้องการและกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ มี ดังนี้คือ

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความ รู้สึกหิว รู้สึกอิ่มจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากสมองที่เสื่อมสภาพ ทำให้เบื่ออาหารเมื่อโรคดำเนินไป ประกอบกับการสูญเสียความทรงจำทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเลือกซื้ออาหาร ไม่สามารถเตรียม อาหารได้เอง มักจะลืมเวลาอาหาร บางรายจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารหรือยัง ลืมแม้กระทั่งการเคี้ยว อาหาร และในที่สุดจะไม่กินอาหาร ส่งผลให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการตามมา (Williams, 1999)

- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ในผู้สูงอายุมักจะมีปัญหา การกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะซึ่งมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหูรูดหย่อนยานลง ประกอบกับผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมหาห้องน้ำห้องส้วมไม่เจอ หรือเข้าใจผิดว่าสิ่งของบางอย่างในห้องน้ำ ทำให้มี ปัญหาอุจจาระเรี่ยราด คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5 ส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายในระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในช่วงวัยต่าง ๆ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การเข้าสู่วัยชราที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และเหตุการณ์ที่มีผลลบต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่สมรส หรืออาจเป็นความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วันเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายของชีวิต

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการ หรือโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย การดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ

3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดในความสามารถที่เหลืออยู่

ดังนั้น ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเนื่องมาจากความบกพร่องในการดูแลตนเองจากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมตามวัยสูงอายุแล้ว ยังมีสาเหตุมาจากภาวะสมองเสื่อมที่ยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความบกพร่องมากขึ้น ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น

4.3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นมโนคติที่กล่าวถึงความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเองต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น ซึ่งแบ่งตามโครงสร้างได้ดังนี้ (Orem, 1995)

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้น ประกอบด้วย

1) ความสามารถในการคาดคะเน (Estimate) เป็นความสามารถในการที่จะรู้คิดเกี่ยวกับความหมาย และความจำเป็นของการกระทำ รู้ความหมายของเงื่อนไขและปัจจัย และการควบคุมเงื่อนไขและปัจจัยเหล่านั้น

2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ประกอบด้วย การเตรียมเพื่อการดูแลตนเอง โดยการเตรียมตัวเอง วัตถุประสงค์ของ หรือสิ่งแวดล้อมและการลงมือปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา ซึ่งเป้าหมายก็คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ทั้งนี้ต้องประกอบด้วยพลังความสามารถกล่าวคือ

พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งบุคคลต้องการพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ประกอบด้วย

1) ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบและสนใจดูแลเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมรวมทั้งปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
- 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย
- 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายของการดูแลตนเองสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ และสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย
- 10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (Doing) ได้แก่ การรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

- 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล
- 2) หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก เกี่ยวกับการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
- 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 5) นิสัยประจำตัว
- 6) ความตั้งใจ
- 7) ความเข้าใจตนเอง

- 8) ความหวังใยตนเอง
- 9) การยอมรับตนเอง
- 10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

4.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ในความหมายของการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีความใกล้เคียงกันมาก จึงมีนักวิจัยหลายท่านที่พยายามสร้างเครื่องมือประเมินความสามารถตามแนวคิดของ Orem ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น Denyes (1980) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นก่อน เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นต่อมา Filday (1986) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes (Denyas Self-care Agency instrument) โดยเปลี่ยนจากการดูแลตนเองเป็นการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ (The Denyas/Filday Dependent-care Agency Instrument) ซึ่งเป็นการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ Filday ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยการหาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลเด็กกับทักษะการแก้ปัญหาในผู้ดูแลเด็ก พบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะในการแก้ปัญหาซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีที่คาดไว้

ส่วนเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของ Hanson and Bickel (1985) ซึ่งเป็นการวัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติพบว่า เครื่องมือนี้สามารถวัดพลังความสามารถได้เพียง 8 ประการ

การใช้เครื่องมือของ Filday วัดความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการวัดพลังความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ แต่บุคคลนั้นอาจไม่นำพลังความสามารถออกมาใช้ก็ได้และไม่ได้ประเมินถึงความต้องการการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ในการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าเครื่องมือชุดนี้สามารถแบ่งออกได้เพียง 5 องค์ประกอบเท่านั้น และมีจำนวนข้อคำถามอยู่ในองค์ประกอบ 23 ข้อ ส่วนอีก 8 ข้อ ไม่ได้อยู่ในองค์ประกอบใด เพราะฉะนั้นเครื่องมือจึงไม่ครอบคลุมพลังความสามารถ 10 ประการตามแนวคิดของ Orem (Hass, 1990 cited in สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538)

2. กลุ่มที่วัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ Ever et al. (1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลทั่วไป ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยนำไปทดสอบความเที่ยงระหว่างบุคคล (Intersubjectivity) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล โดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองคู่กับพยาบาลผู้ดูแล จากเครื่องมือเดียวกันพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งพักอยู่ที่บ้านได้ประเมินตนเองคู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ดูแล ทั้งนี้ Ever ได้ศึกษาความคงที่ของเครื่องมือ (Stability) โดยศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี 6 เดือนและ 12 เดือน ตามลำดับพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความตรงของเครื่องมือ Ever ได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในเมดิซีนการพยาบาลของ Orem จำนวน 8 ท่าน ร่วมกับ Orem เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับจำนวนข้อเหลือ 24 ข้อ และนำไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิธี Known group technique ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานพยาบาลและกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้านผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้านมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hanucharunkul (1988) กล่าวว่า การวัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการจะบ่งบอกถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือการดูแลตนเองได้ชัดเจนกว่าและยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถอีกด้วย ซึ่ง Weaver (1987) กล่าวว่า การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นการวัดความสามารถเชิงปฏิบัติการน่าจะสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าการวัดพลังความสามารถ

ตามแนวคิดของ Orem (2001) เน้นว่าพยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสมและมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและต้องช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา ให้สามารถดูแลและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัย ดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Ever et al. (1985) จากสกาเวลล์ พวงจันทร์ (2538) มาใช้เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความสามารถในการดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Orem (2001) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่าความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ (Age) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนแปลงไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

2. เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้

3. ระยะเวลาพัฒนาการ (Development state) บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะเวลาพัฒนาการของชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ

4. ภาวะสุขภาพ (Health state) หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วยการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state)

5. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

6. ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) หมายถึง ระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนครบกระบวนการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้

7. ระบบครอบครัว (Family system factors) ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล

9. สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบของตัวบุคคล (Orem, 2001) ทั้งนี้ Orem ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดไว้ชัดเจนนักเกี่ยวกับปัจจัยด้านนี้

10. แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) หมายถึง สิ่งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ปัจจัยพื้นฐานไม่ได้มีอิทธิพลต่อเฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของบุคคลในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อพยาบาลในการที่จะใช้ปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งที่ช่วยให้ค้นพบความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลและสามารถที่จะดูแลและพัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่นำมาศึกษา คือ

1. อายุ (Age) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนแปลงไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา “ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล”

2. ภาวะสุขภาพ (Health state) หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วยการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic state) ซึ่งผู้วิจัยศึกษา “สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม”

3. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้วิจัยศึกษา “ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล”

4. ระบบครอบครัว (Family system factors) ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยศึกษา “สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม”

5. แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ซึ่งผู้วิจัยศึกษา “ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม”

6. แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) หมายถึง สิ่งที่เป็นพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้วิจัยศึกษา “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล”

ส่วนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวพบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแลแก่ผู้ดูแลมากที่สุด (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ผู้วิจัยจึงคัดสรรมาศึกษาในครั้งนี้

เนื่องจากปัจจัยดังกล่าว เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล ในการที่จะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป พยาบาลที่ทำหน้าที่ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องมีความสามารถในการที่จะประเมินปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแล และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือโดยการพยาบาลได้ ดังนี้

5.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Orem (2001) กล่าวว่า บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนแปลงไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ทั้งนี้ Orem เน้นว่าในภาวะปกติแล้วบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่จะเข้าถึงความต้องการการดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่สะสมในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะสั้นจะเรียนรู้วิธีการดูแลได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นเวลานาน

อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและเพิ่มความยากลำบากในการดูแล ส่งผลถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลได้ (Schott-Bear, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sasat (1998) ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย พบว่า การดูแลผู้สูงอายุติดต่อกันระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ในขณะที่การศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

เฉียบพลันชนิดลิมป์โพลลาส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ส่วน รัชฎา รัชชานาม (2543) ซึ่งได้ศึกษาสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลาดำเนินการนาน ๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความสามารถในการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gawgler et al. (2005) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการ พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้น้อยลง แต่การศึกษาของ Zarit and Todd (1986) ซึ่งได้ศึกษาภาวะการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า การดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้นตลอดจนสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแลที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน จึงมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติม

5.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล

Orem (1995) กล่าวว่า การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานอกจากจะใช้ในการคิดตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริง ความจริง หลักการและข้อมูลในขอบเขตทางสติปัญญาของมนุษย์ที่สะสมไว้ โดยอาจได้จากประสบการณ์หรือค้นหาและบางส่วนได้มาจากรวมผลของการประมวลผลข้อมูลของสมอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ความรู้ หมายถึง ข้อมูลที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการภายในสมองที่เกี่ยวข้องกับการคิด โดยเกิดจากการที่บุคคลรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ จากการศึกษาหรือประสบการณ์แล้วผ่านการเปลี่ยนแปลงและเก็บบันทึกไว้ที่สมองเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา (กันยา สุวรรณแสง, 2538) โดยขั้นตอนดังกล่าวก่อให้เกิดความสามารถทางสมอง 6 ขั้นด้วยกัน คือ 1) ความจำ เป็นการระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว 2) ความเข้าใจเป็นความสามารถในการนำสิ่งที่เคยประสบมาแล้วดัดแปลงได้ 3) การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำหลักเกณฑ์ หลักการ และวิธีการที่ได้เรียนรู้มาแล้วไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ใหม่ได้ 4) การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการจำแนกเรื่องต่าง ๆ ให้กระจายออกเป็นหน่วยย่อย ๆ เพื่อให้ได้

ลำดับขั้นของความคิดหรือความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ชัดเจน 5) การสังเคราะห์ เป็นการผสมผสานส่วนย่อย ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกันหรือนำมาจัดเรียงขึ้นใหม่ในโครงสร้างหรือรูปแบบที่ไม่เหมือนเดิม และ 6) การประเมิน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของเนื้อหา วิธีการตามกฎเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปรีดาปริสุทธ์, 2535) โดยความสามารถทางสมองตั้งแต่การนำไปใช้ถึงการประเมิน ถือเป็นความสามารถทางสมองขั้นสูงที่มนุษย์มีความจำเป็นต้องมีไว้ เพื่อจะได้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและช่วยทำให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ (พร้อมจิตกร ห่อนบุญนิยม, 2537)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง สิ่งที่เราทำได้ จำได้ เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อมูล วิธีการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้และกระบวนการต่าง ๆ ของสมองของผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเป้าหมายในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Souder, 2004; Log et al., 2005; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546; รุ่งอรุณ โตศักดิ์วิภาเลิศ และลูกจันทร์ วิทยาถาวรวงศ์, 2544) ซึ่งประกอบด้วย 1) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (Reality Orientation) 2) การกระตุ้นความจำ 3) การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 4) การสนทนาและสื่อสาร 5) การดูแลการเคลื่อนไหว 6) การดูแลเรื่องอาการหวาดระแวง หลงผิด และประสาทหลอน 7) การดูแลเรื่องการขับถ่าย 8) การพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกนอกบ้าน และ 9) การจัดกิจกรรมในบ้าน

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และการทำงานของสมองลดลง และการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เหลืออยู่ ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย การจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนทนาและการสื่อสาร การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Bergerner and Shimer (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาล ซึ่งได้ศึกษาในผู้ดูแลและผู้สูงอายุจำนวน 58 คู่ พบว่าปัจจัย

ส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา รักขนาม (2543) ซึ่งได้ทำการศึกษาระยะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในผู้ดูแลจำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังทำหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของวัยชรา ส่งผลให้ผู้ดูแลตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sasat (1998) ที่ได้ทำการศึกษากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนา ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 44 คนและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 44 คนพบว่า ผู้ดูแลบางรายขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลทำให้เข้าใจว่าอาการแสดงของผู้ป่วยบางอย่างเป็นผลมาจากถูกผีเข้า เป็นเรื่องทางไสยศาสตร์จึงนำผู้ป่วยไปรับการรักษากับหมอผี หมอพระ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาของผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลส่งผลต่อความสามารถในการดูแลทั้งการตัดสินใจในการดูแล และขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลแล้วย่อมทำให้การคิด พิจารณา ตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าประกอบไปด้วยผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการดูแลภายในระบบครอบครัว ที่ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยการดูแลในระบบครอบครัวประสบผลสำเร็จ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้หลากหลาย ดังนี้

ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแล

Gay (1961) กล่าวว่า สัมพันธภาพ เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลโดยกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยอย่างต่อเนื่องแล้วรวมกันเข้าเป็นองค์ประกอบของกระบวนการของความรู้สึกคุ้นเคยและบุคคลที่เกี่ยวข้องจะอยู่ในฐานะบุคคลอันเป็นที่รักของกันและกัน

Schutz (1976) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นพฤติกรรมแสดงออกของแต่

ละบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคล ทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกหรือลบขึ้นอยู่กับความต้องการระหว่างบุคคล

Archbold et al. (1990) อธิบายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุว่าเป็นความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดติดตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีการยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

Orem (2001) กล่าวว่า เมื่อมีผู้เจ็บป่วยขึ้นในครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว และกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ Orem ได้จัดให้ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลและระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง รูปแบบของพฤติกรรมจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดการยอมรับความเป็นบุคคล เกิดความพึงพอใจ ในการที่จะมีกิจกรรมร่วมกันอันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลภายในครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Peplau (1962 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528) กล่าวว่า ตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน และกับสิ่งแวดล้อม โดยที่สิ่งแวดล้อมนี้รวมถึงบุคคลและสภาพการณ์ต่าง ๆ ซึ่งบุคคลแต่ละคนประกอบด้วยลักษณะความต้องการทางชีววิทยา สรีรวิทยาและด้านสัมพันธภาพ ซึ่งผลของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ พัฒนามาจากพื้นฐาน การพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารก จวบจนตลอดชีวิตของมนุษย์ พัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุขและมีประโยชน์ บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และยังต้องสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้น เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีทั้งของตนเองและบุคคลอื่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นจะดำเนินไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เช่น ความสนใจซึ่งกันและกัน ความหวังใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความยินดีที่จะแบ่งปัน ความยินดีที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Chickering (1969) ได้ศึกษาค้นคว้าลักษณะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและพบว่า บุคคลจะมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในลักษณะใดนั้น ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์พื้นฐาน 2 ประการ คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน และคุณภาพของสัมพันธ์ภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลสามารถยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่นและมีใจกว้างที่จะยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่นได้ การที่บุคคลยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้จึงทำให้บุคคลเกิดความอดทนในสัมพันธ์ภาพและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

2. คุณภาพของสัมพันธ์ภาพ หมายถึง ความสามารถพึ่งตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นซึ่งนำไปสู่การพึ่งพาซึ่งกันและกันด้วยความไว้วางใจ การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดจนการให้และการรับ

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ได้กล่าวไปแล้ว สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานมาจากความรักใคร่ผูกพัน การดูแลให้การช่วยเหลือ ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพอีกรูปแบบหนึ่งได้แก่ สัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือซึ่งมักเกิดกับผู้ให้การดูแล (Caregiver) และผู้รับการดูแล (Care receiver) ซึ่งมีรายละเอียดที่สอดคล้องและมีพื้นฐานมาจากสิ่งเดียวกัน คือ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

ศรสวาท ชัยตรุณ (2537) กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลจะสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือให้เกิดขึ้นและประสบความสำเร็จนั้น ต้องประกอบด้วย

1. การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) คือ การที่ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการดูแลอย่างลึกซึ้ง โดยยังคงความเป็นเอกลักษณ์ของตนไว้

2. การยอมรับนับถือ (Respect) คือ การให้เกียรติและยอมรับในความสามารถของผู้รับการดูแลในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการยอมรับความเป็นบุคคลและเอกลักษณ์ของบุคคลของผู้ได้รับการดูแลด้วย

3. การแสดงออกอย่างอบอุ่น (Warmth) คือ การที่ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้ให้การดูแลมีความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแล

4. การมองเห็นจุดสำคัญอย่างถูกต้อง (Concreteness) คือ การที่ผู้ดูแลให้การดูแลและผู้รับการดูแลได้รับการตอบสนองได้ถูกต้องตรงกับความต้องการ

5. การมีความซื่อสัตย์จริงใจ (Genuineness) คือ การแสดงความจริงใจอย่างแท้จริงจากส่วนลึกในใจ

6. การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) คือ การเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล

7. ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร (Communication) คือ การช่วยเหลือจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนและมีความถูกต้อง

Phillips (1989) ได้ศึกษาเพื่อประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องประกอบด้วย การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุและการปฏิบัติหน้าที่การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุนั่นเอง

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ความรัก ความเข้าใจอันดี ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือปกป้อง และการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปได้เนื่องจากการเปลี่ยนที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลให้การดูแลภายใต้สัมพันธภาพที่ดีแล้วย่อมทำให้การดูแลนั้นตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Stewart and Archbold (1996) ได้พัฒนาแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory: The Caregiver View) ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับความเป็นบุคคลและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

คมสัน แก้วระยะ (2540) ได้นำแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory: The Caregiver View) ของ Stewart and Archbold (1996) มาปรับปรุงใช้ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.86

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินสัมพันธภาพของ คมสัน แก้วระยะ (2540) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีความบกพร่องของการทำงานของสมองในหลาย ๆ ด้าน โดยปรับข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Kramer (1993) ได้ศึกษาภรรยาผู้ดูแลสามีซึ่งป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์จำนวน 72 ราย โดยศึกษาถึงการเผชิญปัญหาพบว่า ภรรยาผู้ดูแลที่เผชิญปัญหาด้วยการสร้างสัมพันธภาพทางบวกมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดูแลทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี ในขณะที่เดียวกันภรรยาผู้ดูแลที่เผชิญปัญหาด้วยการสร้างสัมพันธภาพทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและมีความสามารถในการดูแลต่ำ ส่วนการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ซึ่งได้ศึกษาภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 88 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสื่อมในการรู้คิดของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริวรราชัย (2536) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิตที่สมาชิกในครอบครัวโดยให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ ช่วยให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยให้ความลำบากในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง นั่นคือช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลมากขึ้น ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในสังคม ได้มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Orem (2001) กล่าวว่าแหล่งประโยชน์ทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้งนี้ Orem กล่าวว่า แหล่งประโยชน์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม ว่า เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับการดูแล ให้ความรักเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมทั้งการมองตนเองว่าเป็นเครือข่ายทางสังคม

Brandt and Weinert (1985) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประคองจากสมาชิกในสังคม

Tilden and Weinert (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม การให้ความเชื่อมั่น การแนะนำ การให้ความรู้แก่บุคคลอื่น หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งทำให้บุคคลซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมั่นคงและเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับนับถือความรัก ความนิยม การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่า มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ที่ทำการศึกษา ดังเช่น

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network support) เป็นข้อมูลที่แสดงว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Thoits (1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feed back)

2) การสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่ ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional support) เป็นการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Brandt and Weinert (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ และความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากสังคมทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2) ด้านการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันและเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด กำลังใจและกำลังคน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร เข้าใจซึ่งกันและกันเกิดความห่วงใยเข้าใจกัน

3) ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือรับผิดชอบช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

4) ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่องเคารพ ชมเชยและเห็นคุณค่าที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสังคม

5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของจากสังคม เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาจากการดูแล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) เนื่องจากเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าเป็นการตอบสนองของความต้อการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้อย่างครอบคลุมและก่อให้เกิดเกิดกำลังใจต่อผู้ดูแลบุคคลที่ต้อพึ่งพาที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้อพึ่งพา

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะและขนาดของเครือข่ายทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลควรได้รับ (Srewert, 1993) ซึ่งมีผู้ศึกษาถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังนี้

Kaplan (1974) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือกลุ่มคนที่ให้ข้อมูลป้อนกลับไปยังแต่ละคน เพื่อให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลเป็นจริงและให้การช่วยเหลือ ให้การติดต่อสื่อสารของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่ง Kaplan ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Normal supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

- 1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน
- 1.2 ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม องค์กร ซึ่งไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ องค์กรลักษณะนี้ ได้แก่ สมาคมผู้สูงอายุ สโมสรไลออนส์ องค์กรทางศาสนา สมาคมแพทย์แผนโบราณ

ตลอดจนองค์การบางลักษณะที่มารวมตัวกันตามประเพณีแบบแผนการดำรงชีวิตบางลักษณะของแต่ละชุมชน องค์การและสมาคมเหล่านี้อาจดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่นแบบอาสาสมัครหรืออาจมีการช่วยเหลือที่ให้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างสมาชิก โดยมากความสัมพันธ์ที่บุคคลได้รับจากองค์การลักษณะนี้ จะนำไปในรูปแบบของการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะเวลาที่บุคคลเกิดปัญหา เกิดความยุ่งยาก เกิดความทุกข์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

จรรยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโดยปกติจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

จะเห็นได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เนื่องมาจากการได้รับความช่วยเหลือไม่ว่า จะเป็นการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือองค์กรต่าง ๆ ในสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากนักวิจัยได้ให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก ในอดีตยังไม่มี การให้คำนิยามของการสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจนมากนัก แต่ในปัจจุบันเริ่มมีการให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายรูปแบบเกิดขึ้น ทั้งนี้การประเมินการสนับสนุนทางสังคมควรจะมีการประเมินถึงปริมาณหรือคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม และควรเป็นแบบประเมินปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ขึ้นกับจำนวนเครือข่ายทางสังคม ทั้งนี้เพราะเครือข่ายทางสังคมทั้งหมดไม่ได้เป็นแหล่งให้แรงสนับสนุนที่ดีกับผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจมีจำนวนเครือข่ายทางสังคมมากแต่ไม่ได้เป็นประโยชน์ของผู้ดูแลก็ได้ (Robinson, 1990)

1. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่เรียกว่าแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire) สร้างโดย Brandt and Winert (1981) ซึ่งจะสอบถามถึงความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจของบุคคล แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (The Personal Resource Questionnaire Part I) เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เป็นแหล่งที่บุคคลสามารถขอความช่วยเหลือได้และความพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือนั้น

2) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire Part II) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ว่าคุณมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

3. Social Support Questionnaire Part II สร้างขึ้นโดย Schaefer et al. (1981) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของรวมถึงการช่วยเหลือหรือการบริการ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ กรรณิกา คงหอม (2546) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Brandt and Winert (1981) ซึ่งใช้ในการวัดแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.93-0.96 เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมในทุกด้าน ที่น่าจะเป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว โดยปรับข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่นำเด็กสมองพิการมาติดต่อการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 80 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ซึ่งได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ในกลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กป่วยมารับการรักษาในแผนกเคมีบำบัด จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่การศึกษาของ รัชฎา รักขนาม (2543) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาในด้านต่าง ๆ มากมาย แต่บางครั้งรู้สึกว่าคุณทอดทิ้งไม่ได้ความสนใจจากครอบครัว ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านมา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5.5 สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Orem (2001) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state)

สมรรถภาพสมองเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถของสมองในส่วนต่างๆ ในผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพสมองซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่าสมองมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 6-11 ในขณะที่ปริมาตรของสมองรวมทั้งขนาดของเวนทริเคิล (Ventricle) และร่องสมอง (Sulci) มีขนาดเปลี่ยนแปลงน้อยมาก นอกจากนี้ยังพบ Neuritic plaques ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญในผู้ป่วยสมองเสื่อม และยังพบว่าความจำระยะสั้น (Recent memory) จะลดลงบ้างแต่ความจำระยะยาว (Remote memory) จะผิดปกติ (Timiras, 1994) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวพบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของสมองเสื่อมยังพบความผิดปกติของการทำงานของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งมักพบความผิดปกติแบบกระจายกระจายทั่วไป กลุ่มอาการสมองเสื่อมจะประกอบด้วยอาการเด่น ๆ ได้แก่ความผิดปกติของความทรงจำ ความเสื่อมลงของความเฉลียวฉลาด การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องหรือละเลยในการให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองมีปัญหากับการดำเนินชีวิตในสังคม

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องของความคิด ความจำ การรับรู้ การตัดสินใจซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เพื่อส่งเสริม จัดการ ควบคุม การทำหน้าที่ในการดูแลให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ และจะสามารถกระทำในสิ่งที่ได้ตัดสินใจว่าสิ่งนั้นเหมาะสมกับตนเอง

ดังนั้น ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงไม่สามารถตัดสินใจได้ว่ากิจกรรมใดเหมาะสมกับการดูแลตนเอง ทำให้มีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น ดังนั้น สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

การประเมินสมรรถภาพสมอง

การประเมินสมรรถภาพสมองเป็นความยากลำบากในการเลือกเครื่องมือในการใช้ประเมิน เนื่องจากได้รับอิทธิพลสูงมากจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ และแนวคิดของคนในประเทศนั้น ๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ที่พยายามพัฒนาแบบทดสอบขึ้นมาสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้แก่

1. Clock drawing test เป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองโดยการวาดหน้าปัดนาฬิกา ซึ่งการทดสอบวิธีนี้จะให้ความจำเพาะสูง แต่ต้องการความสามารถในการเขียน ทำให้มีความจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการศึกษาและเขียนหนังสือได้ ส่วนการแปลผลพบว่า หากผู้ป่วยใส่เลขผิดลำดับหรือผิดตำแหน่งหรือใส่เข็มนาฬิกาผิดไปจากเวลาที่กำหนดให้ (มักจะกำหนดให้ใส่เข็มสั้นยาวที่เวลา 11.30 หรือ 8.20 น.) ถือว่าผิดและน่าจะมีความผิดปกติของความจำ (Jitapunkul et al., 1997)

2. Mini Mental State Examination Thai-2002 (MMSE-T 2002) ซึ่งเป็นแบบทดสอบประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท เป็นแบบทดสอบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางความคิด ความจำ และพฤติกรรม ซึ่งคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ได้พัฒนามาจาก MMSE (Folstein, 1975) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยมากขึ้น ทั้งในด้านภาษา วัฒนธรรมและระดับการศึกษา MMSE-T 2002 จึงมีความเหมาะสมกับการประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุไทย ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ แบบประเมินชุดนี้มีความตรงและความเชื่อถือในเกณฑ์ดี มีความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินสภาพสมอง MMSE-T ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) เนื่องจากเป็นการประเมินที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการศึกษา อีกทั้งเป็นการประเมินสภาพสมองได้ในทุก ๆ ส่วนของสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วรรณิภา บุญระยอง (2537) ศึกษาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องความจำ ความผิดปกติของความคิด การใช้ภาษา การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในการรับการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาสุขภาพตามมาส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ Mok et al. (2002) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหา

ของการรู้คิดกับการสูญเสียความสามารถทางกายในผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า สมรรถภาพสมองสามารถทำนายการสูญเสียความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yates et al. (1999) พบว่า การสูญเสียความสามารถทางสมองมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลถึงความสามารถทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความสามารถของสมอง ดังนั้นในผู้สูงอายุที่มีความสามารถของสมองต่ำต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลเป็นหลัก

ดังนั้น สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5.6 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Hoyert and Seltzer, 1992) โดยมีผู้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไว้ ดังนี้

ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Orem (2001) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ แบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล

Hoyert and Seltzer (1992) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเหล่านี้จึงส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

มยุรี เพชรอักษร (2532) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงเข้านอน การพลิกตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดิน และการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล

ทัศนีย์ ระย้า (2537) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางด้านร่างกายในการกระทำกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในแต่ละวันด้วยตนเอง

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมที่เลือกมาใช้ประเมินอาจมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการประเมินตามสภาพสังคมวัฒนธรรม เช่น

1. Katz and Stroud (1989) ได้สร้างเครื่องการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

2. Barthel and Mahoney (1989) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชื่อว่า Barthel Index ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันได

3. Jitapunkul et al. (1994) ได้ปรับปรุงเครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจาก Barthel and Mahoney (1989) เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย คือ การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรมเช่นเดียวกับของเดิมจาก Barthel and Mahoney (1989) เกณฑ์ในการให้คะแนนต่างกันเพื่อให้เหมาะกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul et al. (1994) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของอายุได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Gonzalez-Salvador (1990) ได้ศึกษาความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 58 คน เปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 32 คน พบว่าความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงกว่า โดยที่ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลงไม่อาจตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wallhagen (1992) ที่ได้ศึกษาความยากลำบากในการดูแลและผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 60 ราย พบว่า ความยากลำบากในการดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร การดูแลเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติภารกิจอื่น ๆ มากทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดอันจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดมีความสามารถในการดูแลลดลงได้เช่นกัน

จากการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นกัน

5.7 ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกันมากขึ้น แต่ความสนใจในเรื่องปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมยังได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ความหมายของปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)

International Psychogeriatric Association (1996) ให้ความหมายของ ปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) หมายถึง อาการที่ประกอบด้วยความแปรปรวนของการรับรู้ เนื้อหาของความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นบ่อย ๆ ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2546) กล่าวว่า ปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง อาการผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ดังนั้น ปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การแสดงทางพฤติกรรมอันเนื่องมาจาก ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การแบ่งกลุ่มอาการ (Symptom cluster) ของ ปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม และจัดกลุ่มของอาการไว้หลายแบบ ได้แก่ (Finkel, 1998)

1. แบ่งตามจิตพยาธิสภาพ เช่น อาการซึมเศร้า อาการโรคจิต
2. แบ่งตามหน้าที่การทำงาน เช่น ความผิดปกติของการนอน
3. แบ่งตามพฤติกรรมที่แปรปรวนไป เช่น ทุกตี เดินหลงไปโดยไม่มีจุดหมาย
4. แบ่งตามอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจ ดังนี้

4.1 อาการทางพฤติกรรม ซึ่งสังเกตได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การแสดงของความก้าวร้าวทางร่างกาย กระสับกระส่าย (Restlessness) ภาวะไม่สงบ (Agitation) เดินหลงไปโดยไม่มีจุดหมาย (Wandering) และขาดความยับยั้งทางเพศ (Sexual disinhibition)

4.2 อาการทางจิตใจ ซึ่งประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น อารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มอาการทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแบ่งตามอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจ เนื่องจากทำให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมทางพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างครอบคลุมในหลายๆ อาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

สาเหตุของการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม

Hall (1994) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมว่าเกิดจาก

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย
2. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลไปจากเดิม
3. การกระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป เช่น การถามด้วยคำถามหลาย ๆ คำถาม
4. ความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น
5. สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความเจ็บป่วยอื่น ๆ

Algase et al. (1996) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมว่ามีสาเหตุมาจาก

1. ปัจจัยที่มีความแน่นอนมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
2. ปัจจัยที่ไม่แน่นอนมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคคล สังคมและลักษณะทางกายภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงและป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดปัญหาพฤติกรรมได้

จะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความคิด อารมณ์พฤติกรรมประกอบกับลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ทูปติผู้ดูแล พุดจาหายาบคาย เป็นต้น ก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมากและน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ภาวะสมองเสื่อมเป็นที่สนใจและมีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย แต่ในส่วนของปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังได้รับความสนใจไม่มากนัก (พิเชษฐอุดมรัตน์, 2547) การประเมินปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผู้ศึกษาไว้หลากหลายวิธี ได้แก่

1. Revised Memory and Behavioral Problem Checklist สร้างขึ้นโดย Teri et al. (1992) ประกอบด้วยการประเมินความถี่ของการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ปัญหาด้านความจำ และผลกระทบของปัญหาด้านพฤติกรรมต่อผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.87

2. Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale ซึ่งแปลมาจาก Reisberg (1987) โดย นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ลักษณะอาการ ได้แก่ อาการหวาดระแวงและหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการไม่สงบกระสับกระส่าย ก้าวร้าว แบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป ความวิตกกังวลและความหวาดกลัว 2) เป็นการประเมินในภาพรวม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) ที่แปลมาจาก Reisberg (1987) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประเมินปัญหาทางพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งยังทำให้ทราบถึงแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่ออาการดูแลของผู้ดูแลอีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุกับความ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Sasat (1998) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อการดูแลมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นอาการสับสน ซึมเศร้า หูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน การนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด สภาพร่างกายทรุดโทรมอันเนื่องมาจากการดูแลซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Eisdorfer et al. (1992) ที่พบว่าอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น อาการสับสน รุนแรง อาการหวาดระแวง ทูตผีผู้ดูแล อาการประสาทหลอน ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการพัฒนาทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นเพื่อช่วยให้มีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสม ส่วนการศึกษาของ Blume et al. (1992) พบว่าอาการด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมสร้างความเครียดและก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยได้จึงจำเป็นต้องนำผู้ป่วยไปรับบริการในสถานบริการ

จากการวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความบกพร่อง ละเลยในการดูแลตนเอง และสร้างความยุ่งยากในการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมากและน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณนิภา สมนาวรรณ (2537) ศึกษาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่า อาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นแตกต่างกันออกไปในแต่ละด้านขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ดูแลแต่ละรายโดยที่อาการและพฤติกรรมที่ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ด้านการสนทนาสื่อสาร ปัญหาในการขับถ่าย ปัญหาเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว

สกาวัฒน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและโรคหอบหืด ที่พานบุตรมารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบต่อความเจ็บป่วย

เรื่องร้องของบุตรต่อครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดา และอายุ รายได้ของครอบครัว อายุของเด็กป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลเด็ก

อรรถัย โสมนรินทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล โดยศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบำราศนราดูร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 ราย พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วันดี ไตสุขศรี (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียดและภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งจากคลินิกตรวจโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าความเครียด และภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จอม สุวรรณโณ (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย พบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการเรียนรู้จาก 2 วิธี คือ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม 2) การสังเกตวิธีปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติลองผิดลองถูกและการศึกษาหาข้อมูลด้วยตนเอง

คมสัน แก้วระยะ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาท พบว่า อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ที่แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ตลอดจนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุดี ทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง อันจะทำให้ความสามารถในการคิด ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดีขึ้นเช่นกัน

รัชฎา รักษานาม (2542) ศึกษาสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนัก สร้างความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน

อัจฉรา ปทุมวัน (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลเด็กจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการศึกษาและอายุ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลเด็กได้ร้อยละ 42

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2543) ศึกษาการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยศึกษาทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว แต่มีบางส่วนที่เข้ากับคนในบ้านไม่ได้หรือทะเลาะกับบุคคลในบ้าน ซึ่งปัญหาการเข้ากับบุคคลในบ้านเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ (2544) ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและไม่ใช่วญาติ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาติส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่เหมือนกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลมาก่อน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่าวันละ 12 ชั่วโมง ไม่มีผู้สับเปลี่ยนระหว่างการดูแล ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1-3 ปี มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ทั้ง 2 กลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิง มีการศึกษาระดับประถม มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยต่างๆเกี่ยวกับการเกิดภาวะ ความรู้สึกมีภาระเกิดในผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาติจะมีความรู้สึกมีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ส่วนความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลที่ไม่ใช่วญาติมีความเครียดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมาจากปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย

สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2548) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในช่วง 1 ปีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการลดลงของคะแนนสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ คือ การมีคู่สมรสและการได้รับการศึกษาในระบบ ส่วนปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการลดลงของคะแนนสมรรถภาพสมอง ได้แก่ อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

โสภา มุสิโก (2548) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านการประคับประคองและด้านความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลอยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการการฝึกทักษะในการดูแลและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

อภาภรณ์ ดิษฐเล็ก (2548) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จากผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 1,581 คน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนมากมีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลเนื่องจากเป็นบุตรที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางมีแนวโน้มการเกิดความเครียดน้อย

Bergermer and Shimer (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาล โดยศึกษาในผู้ดูแลและผู้สูงอายุ จำนวน 58 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรมการดูแล ทั้งการแสดงออกโดยคำพูดและไม่แสดงออกโดยคำพูด การแสดงความเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลและพฤติกรรมด้านสังคม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล

Graham and Shamp (1997) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับการปรับตัวในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมจะมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลมีระดับความซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการรู้

Sasat (1998) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย ในส่วนของปัญหาในการดูแล ผู้ดูแลระบุว่าปัญหาที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อการดูแลมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วย เช่น สับสน ซึมเศร้า หูแว่ว การหลงผิด อารมณ์แปรปรวน การย้ำคิดย้ำทำ หวาดระแวง วิดกกังวล การนอนหลับ รongลงมา คือ ภาวะเครียดและภาวะสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลงของผู้ดูแลที่มาจาก การดูแล ปัญหาทางด้านความจำของผู้ป่วย ปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการดูแลรักษา ปัญหาด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพเนื่องจากมีปัญหาด้านการเงินและปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาการเสาะหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลและปัญหาด้านการเงิน ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุก็พบได้เช่น การทรงตัว การกลืนลำบาก การกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัญหาท้องผูก ปัญหาอีกข้อ ส่วนการจัดการเรื่องการดูแลในครอบครัว มีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันมักอาสาดูแลในช่วงกลางวันและญาติที่เป็นผู้ชายมักอาสาดูแลในช่วง

กลางคืน สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีหน้าที่ใน การพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการ จัดการปัญหาด้านพฤติกรรม ผู้ดูแลใช้วิธีควบคุมอารมณ์ของตนไม่ให้โกรธ โดยใช้วิธีเดินหนี บางราย อาจใช้วิธีปลอบโยนเวลาผู้ป่วยกั้ว หรือนวดผ่อนคลายในเวลาที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือบางรายอาจจ้าง ผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์มาช่วยในการทำความสะอาดบ้านและช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ

Zanetti et al. (1998) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 103 คน พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีปัญหาสุขภาพและมีความสามารถในการดูแลต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจน ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลน้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

Gonzalez-Salvador et al. (1999) ศึกษาความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 58 คนเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่ไม่มี อาการสมองเสื่อม พบว่า ความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงกว่า ผู้ดูแลกลุ่มอื่น โดยที่พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและความบกพร่องในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเจ็บป่วย ทางจิตของผู้ดูแล

Marcia et al. (1999) ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบจากการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยเป็นบุตร อยู่ในวัยทำงาน ส่วนผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 75-80 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมีสาเหตุมาจากภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่พบมากในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลกระทบที่เกิดคือ ผลกระทบต่อทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ ซึ่งพบมากใน ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

Harwood et al. (2000) ศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน พบว่า ระดับภาระ ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแล รวมทั้งความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรม และการขาดการสนับสนุนทางสังคม มีผล ให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลในที่สุด

Robinson et al. (2001) ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 30 คน พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรม และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่า การดูแลในกิจกรรมอื่น ๆ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้และการฝึกอบรมเพิ่มเติม เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย

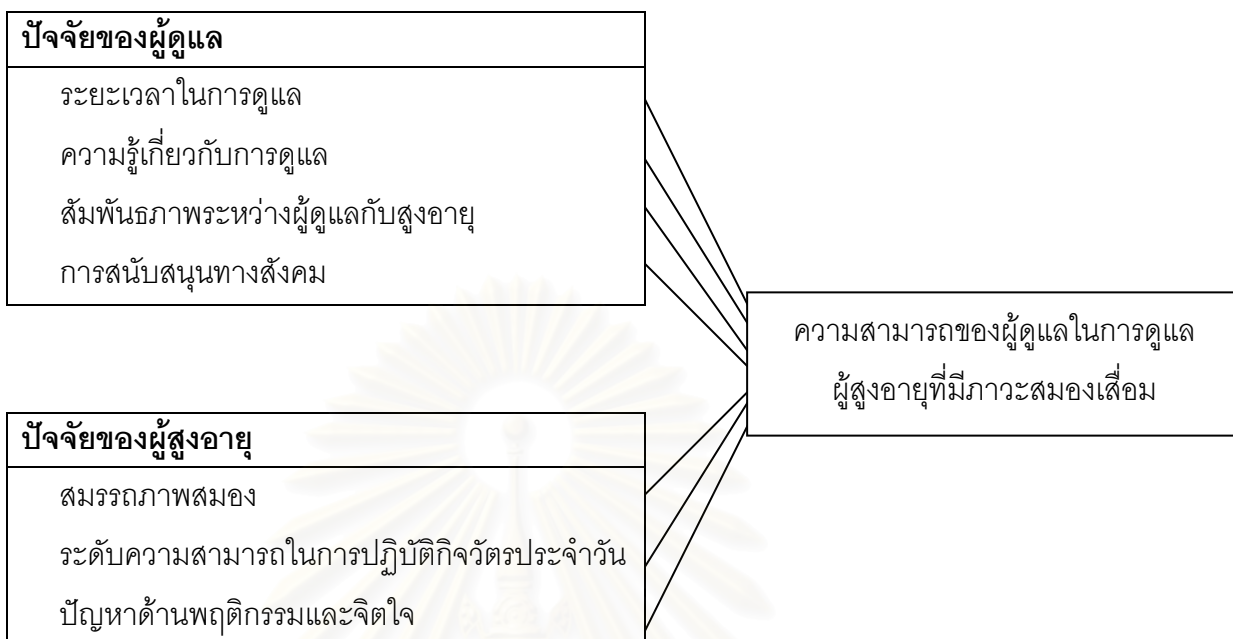
Karlawish et al. (2003) ศึกษาถึงเหตุผลที่ทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 102 คน พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ ซึ่งพบมากในผู้ดูแลที่มีอายุมากและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

Pinquart et al. (2003) วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียด ความรู้สึกทางบวกกับ ความรู้สึกมีภาระและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งหมด 288 เรื่อง พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาระและเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุดโดยจะพบมากในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

Gaugler et al. (2005) ศึกษาสาเหตุและระยะเวลาในการดูแลที่ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานบริการ โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 4,761 คน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี และสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลย้ายผู้ป่วยไปไว้ในสถานบริการเนื่องจากไม่สามารถให้การดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงเรื่อย ๆ ในผู้สูงอายุและส่วนหนึ่งเกิดมาจากผู้ดูแลเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมรรถนะระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกความทรงจำ (Memory clinic) และคลินิกประสาทจิตเวช (Neuropsychiatric clinic) ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวชในโรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2549 ถึงเดือนเมษายน 2549 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. มีความสัมพันธ์ในฐานะ คู่สมรส บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติ
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 1 ปี
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

โดยมีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N \geq (10 \times 8) + 50$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 130 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลที่มีคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวช ซึ่งพบว่ามีทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แล้วทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลได้ 3 แห่ง แบบไม่แทนที่ จากโรงพยาบาลทั้งหมด 6 โรงพยาบาล

ซึ่งผลการสุ่มได้โรงพยาบาล 3 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนหน้าห้องตรวจและทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะที่กำหนด โดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักจากเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ

3. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของผู้มารับบริการ ในช่วง 24 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 7 เมษายน 2549 และทำการสุ่มในสัดส่วนที่เท่ากัน ตั้งแต่ 24 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 7 เมษายน 2549 รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 24 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 7 เมษายน 2549 จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
สุราษฎร์ธานี	180	57
รามาธิบดี	150	48
สวนสราญรมย์	80	25
รวม	410	130

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยกำหนดเกณฑ์ สัมภาษณ์ผู้ป่วยคนเว้นคน จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 130 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ วันที่ 3, 17, 24 มีนาคม และ 7 เมษายน 2549

โรงพยาบาลรามาริบัติ ในวันที่ 8, 9, 27, 29, 30 มีนาคม และ 3, 5, 6 เมษายน 2549

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในวันที่ 27, 28 กุมภาพันธ์ และ 1, 2, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23 มีนาคม 2549

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. สร้างแนวคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาที่สร้างความยุ่งยากในการดูแลของผู้ดูแล เรื่องลำดับจากปัญหาที่พบบ่อย ดังนี้ ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนทนาและการสื่อสาร การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง ตามลำดับ และเป็นความรู้ที่จำเป็นที่ผู้ดูแลควรจะมีเพื่อช่วยให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสร้างแนวคำถามในแต่ละด้านโดยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

1) การดูแลปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมก้าวร้าว และการเดินหลงออกนอกบ้าน

2) การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำ และการขับถ่าย

3) การดูแลการสนทนาและการสื่อสาร ประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับการบอกลำดับขั้นตอนในการทำกิจกรรม และการทำความเข้าใจถึงการแสดงกิริยาของผู้สูงอายุ

4) การดูแลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสับสนของผู้ป่วย

5) การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง

3. ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

4. การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Polit and Beck, 2004: 423) จากนั้นผู้วิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น ดังนี้

4.1 ตัดข้อคำถามบางข้อออก เนื่องจากมีความหมายที่ซ้ำซ้อนกัน

4.2 ปรับการใช้คำ เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. ท่านคิดว่าการพาผู้ป่วยเดินในช่วงเช้า เย็น ช่วยให้ผู้ปวยนอนหลับได้ดีขึ้น	1. ท่านคิดว่าการพาผู้ป่วยเดินในช่วงเช้า เย็น เป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยให้ผู้ปวยนอนหลับได้ดีขึ้น
4. ท่านคิดว่าหากผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไปเล็กน้อย หลังจากผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้น	4. ท่านคิดว่าหากผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไปจนกว่าผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้น
6. ท่านคิดว่ากรบอกลำดับขั้นตอนในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจนที่ละขั้นตอน ช่วยให้ผู้ปวยเข้าใจและปฏิบัติตามได้ดีขึ้น	6. ท่านคิดว่ากรบอกลำดับขั้นตอนในการทำกิจกรรมอย่างชัดเจนช่วยให้ผู้ปวยเข้าใจและปฏิบัติตามได้ดีขึ้น

5. นำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

6. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR20) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) ซึ่งได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .85 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .81

7. การแปลผล เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์แบบอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม จากสมหวัง พิธิยานุวัฒน์และอุษาวดี จันทรสนธิ (2537: 46-47) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ในระดับสูง

ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 51-79 มีความรู้ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นแบบประเมินพัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory: The Caregiver View) ของ Stewart and Archbold (1996) แปลโดย คมสัน แก้วระยะ (2540) ซึ่งนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้วิจัยพัฒนามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือของ คมสัน แก้วระยะ (2540) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 210 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

3. ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุของ คมสัน แก้วระยะ (2540) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ตัดข้อความออกบางข้อ เนื่องจากเป็นข้อความที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ดังนี้

1) ด้านการยอมรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยตัดออก 3 ข้อ เนื่องจากข้อความเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ต้องมีการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ร่วมกัน รับฟังคำแนะนำซึ่งกันและกัน ซึ่งเนื้อหาดังกล่าวไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความบกพร่องของการทำงานของสมอง (Cognitive impairment)

ทำให้มีความสามารถในการคิด การตัดสินใจผิดพลาด (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน,2546) ดังนั้นการร่วมกันตัดสินใจ หรือรับฟังคำแนะนำซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น จึงไม่เหมาะสม และเมื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ การตัดข้อความบางข้อออกแต่องค์ประกอบของคำนิยามศัพท์ยังคงครบถ้วน

2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยตัดออก 5 ข้อ เนื่องจากรายละเอียดของข้อความไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ดังนี้

เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกิจกรรมเพียงหนึ่งอย่าง ในหนึ่งข้อ เช่น การพอใจที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน การขอบคุณกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลในครอบครัว ดังนั้นในแต่ละครอบครัวอาจไม่ได้ทำกิจกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร หรือการขอบคุณเพียงอย่างเดียว กิจกรรมที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละครอบครัวอาจเป็นกิจกรรมที่หลากหลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดข้อความดังกล่าวออก และเมื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ การตัดข้อความบางข้อออกแต่องค์ประกอบของคำนิยามเชิงปฏิบัติการยังคงครบถ้วน

3.2 ปรับสำนวนในข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา

3.3 นำแบบประเมินจากการพัฒนาที่ได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

4. ลักษณะแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อความทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผู้วิจัยได้ทำการปรับลักษณะคำตอบจากมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เป็น 5 ระดับ จาก จริงมากที่สุด จริงค่อนข้างมาก จริงบ้างเล็กน้อย ไม่จริงเลย ไปเป็นจริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย ไม่จริงเลย เนื่องจากทำให้ได้รายละเอียดของสัมพันธภาพมากขึ้น ซึ่งจะนำไปใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทั้งหมด	ให้ 5 คะแนน
จริงน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่	ให้ 4 คะแนน
จริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง	ให้ 3 คะแนน
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ ให้ 1 คะแนน
ความรู้สึกของท่านเลย

5. การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .8 (Polit and Beck, 2004: 423) จากนั้นผู้วิจัยเสนอบทเรียนที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .83 ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
5. ท่านห่วงใยในสุขภาพของผู้สูงอายุ	5. ท่านรักและห่วงใยในสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. ท่านพอใจในสภาพที่มีผู้สูงอายุอาศัยร่วมกับท่าน	8. ท่านพอใจที่มีผู้สูงอายุอาศัยร่วมกับท่าน
12. ท่านยินดีที่จะรับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ	12. ท่านยินดีที่จะทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การดูโทรทัศน์ การเดินเล่น เป็นต้น

นำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง จึงนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

6. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ .80 (Dixon, 2001: 327) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

7. การวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อของกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากค่า Corrected Item Total Correlation ค่าที่ยอมรับได้คือ +.30 ขึ้นไป (Jacobson, 1988) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้

ได้มาวิเคราะห์รายข้อ ได้ค่า Corrected Item Total Correlation เท่ากับ .28 - .85 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่า Corrected Item Total Correlation .38 - .95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

8. การแปลผล แปลผลโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับต่ำ
2.50 – 3.49	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับดี
4.50 – 5.00	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) โดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่ง กรรณิกา คงหอม (2546) นำมาใช้ในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยพัฒนามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในและต่างประเทศ
2. ดำเนินการขอเครื่องมือวิจัยของ กรรณิกา คงหอม (2546) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94
3. ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กรรณิกา คงหอม (2546) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
 - 3.1 ตัดข้อคำถามออกบางข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา และข้อคำถามที่ตัดออกมีความหมายคล้ายคลึงกัน
 - 3.2 ปรับสำนวนในข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา
 - 3.3 นำแบบสอบถามจากการดัดแปลงที่ได้ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ คือ ข้อที่ 1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14

ข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อที่ 7 และ 15

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่เห็นด้วย	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	2 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

4. การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 ท่าน แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .8 (Polit and Beck, 2004: 423) จากนั้นผู้วิจัยเสนอบริการที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .91 ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
15. เมื่อท่านอารมณ์เสียไม่มีคนที่รับฟังท่าน ระบาย	15. เมื่อท่านอารมณ์เสียไม่มีคนที่รับฟังท่าน ระบายความรู้สึก

นำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง จึงนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

5. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ .80 (Dixon, 2001: 327) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

6. การวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อของกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากค่า Corrected Item Total Correlation ค่าที่ยอมรับได้คือ +.30 ขึ้นไป (Jacobson, 1988) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อ ได้ค่า Corrected Item Total Correlation เท่ากับ .42 - .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่า Corrected Item Total Correlation .48 - .95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

7. การแปลผล แปลผลโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
2.50 – 3.49	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำปานกลาง
3.50 – 4.49	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดี
4.50 – 5.00	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง

เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-T) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-T) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ซึ่งได้แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al.

(1975) เป็นแบบทดสอบที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย และเป็นแบบทดสอบที่ใช้ได้ในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)

2. ลักษณะของแบบทดสอบมี จำนวน 11 ข้อ ซึ่งเป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในส่วนต่าง ๆ โดยการประเมินจาก

1) การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (Orientation for time) โดยใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกต้องข้อละ 1 คะแนน ดังนี้

คำถามเกี่ยวกับการรับรู้วันที่ ตามปฏิทินสากล หรือตามปีจันทรคติ จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับการรับรู้วันในระบบสากล หรือในระบบจันทรคติ จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับการรับรู้เดือนตามปฏิทินสากล หรือเดือนทางจันทรคติจำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ปีตามปฏิทินสากลหรือปีนักษัตร (ชวด-กุน) จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ฤดูตามปกติ (ร้อน ฝน หนาว แล้ง) จำนวน 1 ข้อ

2) การรับรู้สถานที่ (Orientation for place) โดยใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกต้องข้อละ 1 คะแนน ดังนี้

คำถามเกี่ยวกับชื่อสถานที่ จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับชั้นของอาคาร (1, 2, 3,...) จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับชื่ออำเภอหรือเขตใกล้เคียงเฉพาะในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับชื่อจังหวัด จำนวน 1 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับชื่อภาค ตามภูมิศาสตร์ จำนวน 1 ข้อ

3) การบันทึกความจำ (Registration) โดยให้ผู้สูงอายุจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ถ้าตอบถูก 1 อย่าง ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน

4) การทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/Calculation) โดยให้ผู้สูงอายุลบเลขในใจจาก 100-7 ซ้ำไปเรื่อยๆ 5 ครั้ง ครั้งที่ลบถูกต้อง 1 คะแนน (ไม่ต้องทำการประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ) คะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน

5) การทดสอบความจำระยะสั้น (Recall) โดยให้ผู้สูงอายุบอกชื่อสิ่งของที่ได้บอกไว้แล้วจากข้อที่ 3 ตอบถูก 1 อย่าง ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน

6) การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) โดยให้ผู้สูงอายุดูสิ่งของ 2 อย่าง หากบอกได้ถูกต้องว่าของสิ่งนั้นคืออะไร ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 2 คะแนน

7) การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (Repetition) โดยให้ผู้สูงอายุฟังประโยค 1 ประโยคแล้วให้พูดทวนทวนประโยคที่ได้ยิน หากพูดทวนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 1 คะแนน

8) การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (Verbal command) โดยให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน หากทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ในแต่ละ 1 ขั้นตอน

9) การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่อ่าน (Written command) โดยให้ผู้สูงอายุอ่านและทำตามคำที่กำหนด หากอ่านและทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

10) ทดสอบการเขียน (Writing) โดยให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมาย 1 ประโยค ซึ่งประโยคต้องประกอบด้วย ประธาน กริยา กรรม อ่านแล้วเข้าใจ มีความหมาย หากเขียนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

11) ทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visuoconstruction) โดยให้ผู้สูงอายุกวาดรูปห้าเหลี่ยมตามตัวอย่างที่กำหนด หากวาดได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน

3. คุณภาพเครื่องมือ

3.1 คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ได้วิเคราะห์ค่าความตรงและความเที่ยงของแบบทดสอบโดยการ นำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปจำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 120 คน
- 2) ผู้สูงอายุปกติ ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 95 คน
- 3) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 377 คน
- 4) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 142 คน

3.2 คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) นำผลการทดสอบจากผู้สูงอายุทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อทดสอบมาตรฐานของแบบทดสอบหาค่าความไว ความจำเพาะ โดยจำแนกตามระดับการศึกษา ดังนี้

1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 81.1

2) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.8

3) ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6

4. การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบสอบถามในข้อที่ 4, 9 และ 10) คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน)

2) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน)

3) ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจากดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul (1994) ที่ปรับปรุงมาจาก Barthel and Mahoney (1989)

1. เป็นแบบประเมิน ที่ประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคลว่ามีความสามารถมากน้อยเพียงใด ซึ่งประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ

2. ลักษณะของแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

3. เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

1) การให้คะแนนเกี่ยวกับการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด คือ คะแนน 0 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ คะแนน 1 หมายถึง สามารถทำเองได้

2) กิจกรรมลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนที่ภายในบ้าน คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้ คะแนน 1 หมายถึง ทำเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก คะแนน 2 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง สามารถทำตัวเอง

3) กิจกรรมอื่นๆ ที่เหลือทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง ทำเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก คะแนน 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย คะแนน 2 หมายถึง สามารถทำตัวเอง

4. การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้

(Jitapunkul, 1994)

คะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
คะแนนอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วง 9-11 คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง
คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง

เป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของอายุได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

(Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale)

เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) แปลมาจาก Reisberg (1987) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ
2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือของ นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการ (Symptomatology) ได้แก่

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1) อาการหวาดระแวงและหลงผิด | จำนวน 7 ข้อ คือข้อที่ 1 - 7 |
| 2) อาการประสาทหลอน | จำนวน 5 ข้อ คือข้อที่ 8 - 12 |
| 3) พฤติกรรมที่ผิดปกติ | จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 13 - 15 |
| 4) อาการไม่สงบกระสับกระส่ายก้าวร้าว | จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 16 - 18 |
| 5) วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่ | จำนวน 1 ข้อ คือข้อที่ 19 |

เปลี่ยนแปลงไป

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 6) อารมณ์แปรปรวน | จำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 20 - 21 |
| 7) ความวิตกกังวลและความหวาดกลัว | จำนวน 4 ข้อ คือข้อที่ 22 - 25 |

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินโดยรวม (Global Rating) จำนวน 1 ข้อ

4. ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .96 ส่วนค่าความตรงของแบบประเมินเท่ากับ .89 ซึ่งเป็นคุณภาพของแบบประเมินที่ นันทิกา ทวิชาชาติ ได้ทำการวิเคราะห์ไว้

เนื่องจากเครื่องมือเป็นมาตรฐานในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่จะใช้จะต้องได้รับการฝึกทั้งการวัดและการแปลผลให้มีความเชี่ยวชาญ

สำหรับผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จาก นันทิกา ทวิชาชาติ ในปี 2546 ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1) ฝึกอบรมทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งสาเหตุการเกิด อาการแสดงด้านพฤติกรรมและจิตใจ การสังเกตอาการ การให้คะแนน พฤติกรรมและจิตใจ และการแปลผลคะแนน

2) ทดลองใช้แบบประเมินในการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก จำนวน 5 ราย

3) จิตแพทย์ประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก จำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นการประเมินซ้ำเกี่ยวกับปัญหา พฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุกุ่มเดียวกันกับผู้วิจัย และใช้แบบประเมินที่มีลักษณะเดียวกัน

4) นำคะแนนที่ได้จากการประเมิน ของผู้วิจัยและของจิตแพทย์ มาเปรียบเทียบกัน ซึ่งค่าคะแนนที่ได้จะต้องมีความแตกต่างกันไม่เกิน 4 คะแนน (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2546) จาก การฝึกอบรมผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้ค่า คะแนนแตกต่างจากจิตแพทย์ 1 คะแนน แสดงว่า สามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตรงกับการประเมินโดยจิตแพทย์

5. การแปลผล แปลผลจากคะแนนรวม (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2546) ดังนี้

ส่วนที่ 1 คะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาด้าน พฤติกรรมและจิตใจ

ส่วนที่ 2 คะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล

ส่วนที่ 8 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

เป็นแบบสอบถามที่ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1986) แปลมาจาก The Appraisal Self-Care Agency Scale: From A ที่สร้างจากแนวคิดของ Orem โดย Ever et al. (1985) ซึ่งสกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) นำมาใช้ในการประเมินความสามารถของมารดาในการ ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในและต่างประเทศ

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งศึกษาในมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังจำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .66

3. ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการดูแลของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ตัดข้อคำถามออกบางข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา และข้อคำถามที่ตัดออกมีความหมายคล้ายคลึงกัน

3.2 ปรับจำนวนในข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสนใจศึกษามากขึ้น เนื่องจากแบบประเมินเดิมใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง

3.3 นำแบบประเมินจากการพัฒนาที่ได้ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ

โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อ คือ ข้อที่ 1,3,4,5,6,7,9,10,11,12

ข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อที่ 2 และ 8

4. ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ผู้วิจัยได้ทำการปรับลักษณะคำตอบจากมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เป็น 5 ระดับ จาก ไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมากที่สุดไปเป็น ไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านน้อย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมาก ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพื่อให้มีความละเอียดของความสามารถมากขึ้น โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบเลย
ตรงกับตัวท่านน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบน้อย
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบเพียงครั้งหนึ่ง
ตรงกับตัวท่านมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบมาก

ตรงกับตัวท่านมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับภาระกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	1 คะแนน	5 คะแนน
ตรงกับตัวท่านน้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ตรงกับตัวท่านมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

5. การหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลของผู้ดูแลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .8 (Polit and Beck, 2004: 423) จากนั้นผู้วิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .94 ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น ดังนี้

- 5.1 เนื่องจากเป็นแบบประเมินความสามารถ ให้เพิ่มคำว่า “สามารถ” ในข้อคำถามทุกข้อ
- 5.2 ปรับสำนวนในข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากรและแนวคิดที่ใช้มากขึ้น

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
2. เมื่อท่านอ่อนเพลีย ท่านยังดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับตัวท่าน	2. เมื่อท่านอ่อนเพลีย ท่านยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับตัวท่าน
3. ท่านจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยโดยลดอาหารที่มีรสเค็มอาหารมัน	3. ท่านสามารถจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วย
11. ท่านสามารถแสวงหาความรู้ที่ต้องการในการดูแลผู้ป่วย	11. ท่านสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ การสอบถามจากบุคลากรด้านสุขภาพ

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
15. ท่านผูกมิตรกับเครือญาติและเพื่อนฝูงเพื่อขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องการ	15. ท่านสามารถผูกมิตรกับเครือญาติและเพื่อนฝูงเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

นำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง จึงนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

6. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ .80 (Dixon, 2001: 327) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

7. การวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อของกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากค่า Corrected Item Total Correlation ค่าที่ยอมรับได้คือ +.30 ขึ้นไป (Jacobson, 1988) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อ ได้ค่า Corrected Item Total Correlation เท่ากับ .38 - .85 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่า Corrected Item Total Correlation .53 - .95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

8. การแปลผล แปลผลโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 – 1.49	ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับต่ำมาก
1.50 – 2.49	ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับต่ำ
2.50 – 3.49	ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับดี
4.50 – 5.00	ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยขอพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้วทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้ทำวิจัย

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยจึงติดต่อและเข้าพบหัวหน้าคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษารั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่มีคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป ดังนี้

วันจันทร์ วันพุธและ วันพฤหัสบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี เวลา 8.00-12.00

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เวลา 8.00-12.00

วันศุกร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เวลา 12.00-16.00

เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 24 กุมภาพันธ์ ถึง 7 เมษายน พ.ศ. 2549 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ตามรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ วันที่ 3, 17, 24 มีนาคม และ 7 เมษายน 2549

โรงพยาบาลรามาธิบดี ในวันที่ 8, 9, 27, 29, 30 มีนาคม และ 3, 5, 6 เมษายน 2549

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในวันที่ 27, 28 กุมภาพันธ์ และ 1, 2, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23 มีนาคม 2549

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามคุณสมบัติและสถานที่ที่กำหนด โดยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์

ในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผู้ดูแลทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ใช้เวลาคนละประมาณ 30-45 นาทีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ตามรายละเอียด ดังนี้

1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อ 1 และ 2 ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในจากแบบทดสอบให้ผู้สูงอายุฟังแล้วให้ผู้สูงอายุตอบคำถามทีละข้อ

ข้อ 3 ถึง ข้อ 11 ผู้วิจัยอ่านคำสั่งในข้อนั้น ๆ ให้ผู้สูงอายุ แล้วให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่งทีละข้อ

โดยทำการทดสอบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 15-20 นาทีต่อคน

2) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินไปสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากผู้ดูแล โดยอ่านแบบประเมินให้ผู้ดูแลฟังทีละข้อ และให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ ซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 10 นาทีต่อคน

3) แบบประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยนำแบบประเมิน ไปสอบถามลักษณะอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุจากผู้ดูแล โดยการสอบถามลักษณะอาการทีละข้อ แล้วให้ผู้ดูแลบรรยายลักษณะอาการของผู้สูงอายุให้ผู้วิจัยฟัง แล้วพิจารณาให้คะแนนไปที่ข้อจนครบ ซึ่งทำการประเมินเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 15-20 นาทีต่อคน

5. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมดจากผู้ดูแล 130 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 130 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล แล้วให้สิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตัวเองในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้เซ็นชื่อยินยอม คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสูตร, 2542)

ค่าระหว่าง 0.70-0.90 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าระหว่าง 0.30-0.69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าระหว่าง 0.29 และต่ำกว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน แต่หากค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมรรถนะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินทั้ง 8 ส่วน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 130 คู่ จากคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวชในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 48 คู่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 57 คู่ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 25 คู่

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ในส่วนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอบถามจากผู้ดูแลในครอบครัวและทำการประเมินเป็นรายบุคคล

ส่วนผู้ดูแลทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2 และ 3

ตอนที่ 2 ศึกษา ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4 ถึง ตารางที่ 12

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของ

ผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรม และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 13

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x} = 46.06$, $SD = 11.71$)		
ต่ำกว่า 30 ปี	11	8.50
30-39 ปี	31	23.80
40-49 ปี	39	30.00
50-59 ปี	31	23.90
60 ปีขึ้นไป	18	13.80
เพศ		
ชาย	34	26.20
หญิง	96	73.80

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	47	36.20
คู่	70	53.80
หม้าย	5	3.80
หย่า	8	6.20
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ		
คู่สมรส	15	11.50
บุตร	102	78.50
หลาน	11	8.50
พี่/น้อง	2	1.50
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	24	18.50
ทำงานบ้าน	11	8.50
รับจ้าง	12	9.10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36	27.70
ค้าขาย	47	36.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.50
ประถมศึกษา	21	16.20
มัธยมศึกษา	30	23.10
ปวช./ปวส.	21	16.20
ปริญญาตรี	49	37.60
สูงกว่าปริญญาตรี	7	5.40

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000	2	1.50
2,001-4,000 บาท	3	2.30
4,001-6000 บาท	16	12.30
6,001-8000 บาท	15	11.50
8,001-10,000 บาท	42	32.40
มากกว่า 10,000 บาท	52	40.00
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) (\bar{x} = 3.32, SD= 1.62)		
1-3 ปี	79	60.80
4-6 ปี	42	32.30
7-9 ปี	9	6.90

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 130 คน มีอายุเฉลี่ย 46.06 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 73.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ มีจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 78.50 มีอาชีพค้าขาย มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 36.20 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 37.60 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน ขึ้นไป จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉลี่ย 3.32 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 60.80

1.2 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x} = 76.74$, $SD = 6.02$)		
60-69 ปี	16	12.30
70-79 ปี	63	48.40
80 ปีขึ้นไป	51	39.30
เพศ		
ชาย	50	38.50
หญิง	80	61.50
สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.50
คู่	76	58.50
หม้าย	52	40.00
หย่า	-	-
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	45	34.60
ประถมศึกษา	31	23.90
สูงกว่าประถมศึกษา	54	41.50

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอายุเฉลี่ย 76.74 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 39.20 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 61.50 มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 58.50 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 41.50

ตอนที่ 2 การศึกษา ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 ผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นำเสนอดังตาราง 4 ถึงตาราง 13

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=130)

ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	9	6.90
ระดับดี	66	50.80
ระดับดีมาก	55	42.30

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล (n=130)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแล	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1-4	-	-
ระดับปานกลาง	5-7	94	72.30
ระดับสูง	8-10	36	27.70
รวม		130	100.00

จากตารางที่ 5 ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 72.30 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีจำนวน 94 คน ความรู้ระดับสูง จำนวน 36 คนคิดเป็นร้อยละ 27.70

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=130)

สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	4.39	.41	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	4.64	.38	ดีมาก
รวม	4.52	.28	ดีมาก

จากตารางที่ 6 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.52$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.39$) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.64$) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามรายด้าน (n=130)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านความรักใคร่ผูกพัน	4.34	.44	สูง
ด้านการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.25	.46	สูง
ด้านการมีโอกาสช่วยเหลือ	3.94	.42	สูง
ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง	4.35	.50	สูง
ด้านความช่วยเหลือด้านต่างๆ	4.21	.61	สูง
รวม	4.22	.31	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.22$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับระดับสูง รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ($\bar{x} = 4.35$) รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการมีโอกาสช่วยเหลือ ($\bar{x}=3.94$)

ตารางที่ 8 ร้อยละ สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามระดับการศึกษา
(n=130)

ระดับการศึกษา	สมรรถภาพสมอง				ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	
	บกพร่องมาก (ต่ำกว่าจุดตัด)		บกพร่องน้อย (สูงกว่าจุดตัด)		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่ได้เรียนหนังสือ (จุดตัด 14 คะแนนลงมา)	21	16.14	24	18.47	45	34.60
ระดับประถมศึกษา (จุดตัด 17 คะแนนลงมา)	29	22.36	2	1.03	31	23.90
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา (จุดตัด 22 คะแนนลงมา)	20	15.37	34	26.13	54	41.50
รวม	70	53.87	60	45.63	130	100.00

จากตารางที่ 8 พบว่าสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อพิจารณากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมากจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 16.14

เมื่อพิจารณากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมากจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 22.36

ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมากจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 15.37

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=130)

ระดับการศึกษา	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	(\bar{x})	SD	เทียบกับจุดตัด
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	25	15.48	5.38	สูงกว่า
ระดับประถมศึกษา	2	28	17.51	7.01	สูงกว่า
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	6	30	15.51	4.79	ต่ำกว่า

จากตารางที่ 9 พบว่าโดยภาพรวมของสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.33 คะแนน เมื่อพิจารณากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าจุดตัด (\bar{x} = 15.48 และ 17.51 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าจุดตัด (\bar{x} = 15.51)

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=130)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	SD
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	3	2.3		
ระดับต่ำ	1	.8		
ระดับปานกลาง	13	10.0		
ระดับดี	113	86.9		
รวม	130	100	14.76	3.43

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.9 และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.3

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามรายข้อ (n = 130)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับประทานอาหาร		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	4	3.10
ปฏิบัติได้เองบ้าง	83	63.80
ปฏิบัติเองได้	43	33.10
การแต่งตัว		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	83	63.80
ปฏิบัติเองได้	47	36.20
การเคลื่อนย้าย		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	0	0
ปฏิบัติได้เล็กน้อย	9	6.90
ปฏิบัติได้เองบ้าง	85	65.40
ปฏิบัติเองได้	36	27.70
การใช้ห้องสุขา		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	4	3.10
ปฏิบัติได้เองบ้าง	70	53.80
ปฏิบัติเองได้	56	43.10

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามรายข้อ (n = 130) (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	3	2.30
ปฏิบัติได้เล็กน้อย	10	7.70
ปฏิบัติได้เองบ้าง	84	64.60
ปฏิบัติเองได้	33	25.40
การสวมใส่เสื้อผ้า		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	12	9.20
ปฏิบัติได้เองบ้าง	70	53.80
ปฏิบัติเองได้	48	36.90
การขึ้นลงบันได		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	6	4.60
ปฏิบัติได้เองบ้าง	69	53.10
ปฏิบัติเองได้	55	42.30
การอาบน้ำ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	26	20.00
ปฏิบัติเองได้	104	80.00
การกลั้นถ่ายอุจจาระ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	1	.80
ปฏิบัติได้เองบ้าง	30	23.10
ปฏิบัติเองได้	99	76.20
การกลั้นการขับถ่ายปัสสาวะ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	1	.80
ปฏิบัติได้เองบ้าง	52	40.00
ปฏิบัติได้	77	59.20

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อพิจารณาแต่ละข้อพบว่า การรับประทานอาหารส่วนใหญ่ปฏิบัติเองได้บ้าง มีจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 การแต่งตัวส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เอง มีจำนวน 122 คนคิดเป็นร้อยละ 93.80 การเคลื่อนย้ายส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เองบ้าง มีจำนวน 85 คนคิดเป็นร้อยละ 65.40 การใช้ห้องสุขาส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เองบ้าง มีจำนวน 70 คนคิดเป็นร้อยละ 53.80 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เองบ้าง มีจำนวน 84 คนคิดเป็นร้อยละ 64.60 การสวมใส่เสื้อผ้าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เองบ้าง มีจำนวน 70 คนคิดเป็นร้อยละ 53.80 การขึ้นลงบันไดส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เองบ้าง มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 53.10 การอาบน้ำส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เอง มีจำนวน 104 คนคิดเป็นร้อยละ 80.00 การกลั้นถ่ายอุจจาระส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เอง มีจำนวน 99 คนคิดเป็นร้อยละ 76.20 และการกลั้นการขับปัสสาวะส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เอง มีจำนวน 77 คนคิดเป็นร้อยละ 59.20



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=130)

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินลักษณะอาการ			
ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	0-7	64	49.20
มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	8-75	66	50.80
ผลกระทบต่อผู้ดูแล			
ไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล	0	61	46.90
มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเล็กน้อย	1	63	48.50
มีผลกระทบต่อผู้ดูแลปานกลาง	2	6	4.60
มีผลกระทบต่อผู้ดูแลมาก	3		

จากตารางที่ 12 พบว่า การประเมินลักษณะอาการโดยรวมถือว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 และผู้ที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 49.20

ส่วนการประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเล็กน้อย มีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 48.50 รองลงมาคือ ไม่มีผลต่อผู้ดูแล จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 46.90 และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลปานกลาง มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.60 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product –Moment Correlation Coefficient) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความสามารถในการดูแล	1.00							
2. ระยะเวลาในการดูแล	.236*	1.00						
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	.184*	.008	1.00					
4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	.176*	.005	-.006	1.00				
5. การสนับสนุนทางสังคม	.528*	.166	.092	.074	1.00			
6. สมรรถภาพสมอง	-.110	.374*	-.045	.031	-.046	1.00		
7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	-.316*	-.223*	.125	-.071	-.073	.274*	1.00	
8. ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ	-.050	-.068	-.157	.159	-.174*	-.074	-.027	1.00

*p < .05

จากตารางที่ 13 พบว่า ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($r = .236, .184, .176, .528$ ตามลำดับ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($r = -.316$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษา ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

6. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

7. ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลใน
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า
มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกความทรงจำ (Memory clinic) และคลินิกประสาทจิตเวช
(Neuropsychiatric clinic) ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวชใน
โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างเดือน
กุมภาพันธ์ 2549 ถึง เดือนเมษายน 2549 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria)
ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. มีความสัมพันธ์ในฐานะ คู่สมรส บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติ
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 1 ปี
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 8 ชุด ได้แก่ 1) แบบ
บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) แบบ
ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) แบบประเมินการสนับสนุน
ทางสังคมของผู้ดูแล 5) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น 6) แบบประเมินระดับความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 7) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม
และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 8) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบบประเมินส่วนที่ 3, 4 และ 8 ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน พร้อมทั้งนำ
แบบประเมินส่วนที่ 3, 4 และ 8 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง
ของแบบประเมินดังนี้ แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลเท่ากับ
.85 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเท่ากับ .91 แบบประเมินความสามารถในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ .94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81, .85, .84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-FW version 11.5 ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
5. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
6. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
7. ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุระหว่าง 28-72 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2541); ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2543); ไสภา มุสิโก (2548); อาภาภรณ์ ดิษฐ์เล็ก (2548); Chang

(2004); Zarit (2004); Kuzu (2006) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แสดงว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์สากลทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานหารายได้ ประกอบกับพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม ที่มักคาดหวังให้เพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

ในขณะที่เดียวกันหากตระหนักถึงความสามารถในบทบาทการดูแลของเพศหญิงและเจตคติที่ดีในการดูแล รวมทั้งพันธกิจที่ต้องดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณโดยเฉพาะบิดามารดา (จอม สุวรรณโณ , 2541; Pohl, 1995) ตลอดจนความรักใคร่ผูกพันกับผู้สูงอายุภายใต้สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลด้วยความเต็มใจ โดยไม่มีการตั้งเงื่อนไขหรือสิ่งตอบแทนใด ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุร้อยละ 78.50 รองลงมาคือคู่สมรส ซึ่งแสดงว่าบุตรผู้ให้การดูแลตามบทบาทที่พึงกระทำและแสดงให้เห็นว่าบุตรยังเป็นผู้ดูแลที่สำคัญในบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุไทย (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2543) นอกจากนี้แบบแผนการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะด้านหน้าที่การงานซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลต่อการจัดสรรเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายร้อยละ 36.20 ซึ่งทำงานที่มีเวลาไม่แน่นอนจึงมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอ

ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.80 และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2548); Park (2004); Kuzu (2006) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมาอายุยืนกว่าชาย หรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านความผิดปกติทางฮอร์โมนที่ทำให้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 41.50 ทั้งนี้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดี อย่างไรก็ตามการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังนั้นการทำงานของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่ด้วยเช่นกัน (Mok et al., 2004)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .44 ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.80 ส่วนใหญ่มีอายุ 28-59 ปี ร้อยละ 86.20 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และพบว่าส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.70 ซึ่งผู้ดูแลที่มีการศึกษาค้างจะมีการใช้เหตุผล สถิติปัญญาและวิธีการแก้ปัญหา มีความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น อีกทั้งยังใช้สถิติปัญญาในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปีคิดเป็นร้อยละ 60.80 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานอาจเป็นการฝึกฝนทักษะการดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ดียิ่งขึ้น (เพ็ญแข ชิวยะพันธ์, 2545) นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานช่วยลดความรู้สึกล้นด้านลบเกี่ยวกับการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น (Gaugler, 2005)

ประกอบกับในคลินิกความทรงจำและคลินิกประสาทจิตเวช มีบริการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนแนะนำแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล แก่ผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาที่เป็นบริการอย่างหนึ่งซึ่งผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไสภา มุสิโก (2548) ที่พบว่าร้อยละ 79 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 72.30 ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ตลอดจนสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมีความสามารถในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล เพ็ญเจริญ (2539) ที่พบว่า ผู้ดูแลเกิดความเครียดเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลจึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลและไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลจึงรู้สึกถูกคุกคาม เบื่อหน่าย ทำให้ไม่พึงพอใจที่จะให้การดูแลต่อไป

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}=4.52$) ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพบว่า การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.39$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}=4.64$) แสดงว่าผู้ดูแลให้ความเคารพอดทนกับภาวะอารมณ์ตลอดจนพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและยินดีที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ มีความรักใคร่ผูกพัน (นันทพร ศรีนิม, 2544) ทำให้มีความอดทนและพยายามให้การดูแลผู้สูงอายุโดยอาจเกิดการพัฒนาความสามารถเพื่อให้สามารถตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ประกอบกับการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.22$) ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ สิ่งของ ตลอดจนบริการต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาระลดลงลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างการดูแล (Dring, 1989; Chang et al., 2004) และทำให้มีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นจากการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ

และจากการศึกษา พบว่า สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องมาก ร้อยละ 45.63 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความผิดปกติในทุก ๆ ด้าน ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะพบความผิดปกติของสมองในหลาย ๆ ร้อยละ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546; Gruetzner, 2001) รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.9 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากผู้ดูแลให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมแล้ว จะสามารถคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นกัน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ร้อยละ 50.8 และผู้ดูแลได้รับผลกระทบร้อยละ 53.1 และพบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่พบบ่อยคือ วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 63.8 รองลงมาคือ การแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยการทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมายร้อยละ 53.9 ส่วนปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการหลงผิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 8.5 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่

มักจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งมักจะสร้างความยุ่งยากในการดูแลแก่ผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2543; พันธ์ ธีญญะกิจไพศาล, 2544; Gruetzner, 2001) ซึ่งการปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคและการดูแลที่ไม่เหมาะสมก็อาจเป็นการกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ (Algase et al., 1996)

ถึงแม้ว่าปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ดูแลยอมรับปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ แม้จะต้องดูแลติดต่อกันเป็นระยะเวลาอันยาวนาน แต่หากเป็นการดูแลภายใต้สัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว อาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.236$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1.1 แสดงว่า เมื่อระยะเวลาในการดูแลยาวนานขึ้น ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลได้อย่างเหมาะสมและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส เนื่องจากการดูแลที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลได้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลจากการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zarit and Todd (1986) ที่ได้ศึกษา ภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้นทำให้เผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งทำให้ความรู้สึกมีภาวะลดลงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.184$) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.3 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เหมาะสม อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลที่ดีไม่ว่าจะเป็นการได้รับความรู้ในเรื่องการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องการสื่อสาร การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแล สามารถใช้ความคิด ใช้เหตุผล ตลอดจน นำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสามารถพิจารณาใช้บริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Pender, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะ ความรู้และทัศนคติต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีทักษะในการตัดสินใจและสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจและสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergerner and Shimer (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาล ซึ่งได้ศึกษาในผู้ดูแลและผู้สูงอายุจำนวน 58 คู่ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา รัชชานาม (2543) ซึ่งได้ทำการศึกษาระยะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้ดูแลจำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยแกล้งทำหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของวัยชรา ส่งผลให้ผู้ดูแลตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ไม่เหมาะสม

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.176$) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.4

แสดงว่าหากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีแล้วจะมีความสามารถในการดูแลดีด้วย อธิบายได้ว่า การที่สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีนั้น ผู้ดูแลยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ โดยรู้สึกว่าคุณสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของตน ยอมรับสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น จำหน้าผู้ดูแลไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง อีกทั้งผู้ดูแลยังอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายของผู้สูงอายุ รวมทั้งรู้สึกรักและห่วงใยต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่เสมอ ประกอบกับผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กล่าวคือ ผู้ดูแลใส่ใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พอใจที่ได้อยู่ร่วมกัน ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนผู้ดูแลรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยความเต็มใจ

สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธ์ภาพที่ดีทำให้ผู้ดูแลเกิดความยินดีและเต็มใจที่จะให้การดูแล (นันทพร ศรีนิยม, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ จันทรโพธิ์ (2548) ซึ่งได้ศึกษาสัมพันธ์ภาพในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมือง พบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนหนึ่งมาจากการมีโอกาสพูดคุย การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และจากการศึกษายังพบสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมากกว่าสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kramer (1999) ที่ศึกษาการเผชิญปัญหาของภรรยาผู้ดูแลสามีซึ่งป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่า ผู้ดูแลที่เผชิญปัญหาด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพทางบวกมีความพอใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาได้ดี สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้ดี ให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่ว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวทำให้การดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ สามารถดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรที่ให้การดูแลบิดา มารดา เป็นการดูแลที่อาจเกิดจากการได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลกระทำในสิ่งที่ดีงามเนื่องจากเชื่อว่าการกระทำในสิ่งที่ดีงามจะส่งผลให้มีชีวิตที่ดีในภายหน้า (Ceffrey, 1996; Kespichayawatana, 1999) ดังนั้นผู้ดูแลที่ให้การดูแลภายใต้สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ย่อมทำให้การดูแลนั้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เหมาะสม ซึ่งเป็นความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีนั่นเอง

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.528$) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.6 แสดงว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วจะมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรักใคร่ผูกพันจากบุคคลรอบข้าง รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่ได้อยู่เพียงลำพัง มีโอกาสได้ช่วยเหลือบุคคลรอบข้างบ้างตามโอกาส รับรู้ได้ถึงคุณค่าในตนเองอย่างเพียงพอ และได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดีในการที่จะดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลนั้นเปรียบเสมือนการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลและยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Dring, 1999) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจในการดูแลและไม่รู้สึกรำคาญที่ต้องรับภาระทุกอย่างในการดูแลลำพังเพียงคนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Scon et al. (2005) ซึ่งได้ทำการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และยังคงต้องการคนที่คอยรับฟังปัญหาของตน หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาในการดูแลซึ่งผู้ดูแลมีความรู้สึกรู้สึกว่าการที่มีบุคคลคอยรับฟังทำให้รู้สึกถูกแยกจากสังคมลดลง อีกทั้งยังสามารถแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลได้มากขึ้นได้เรียนรู้ประสบการณ์การดูแลจากบุคคลอื่น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.2 แสดงว่าสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุน้อยหรือมาก ความสามารถของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า แม้สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง โดยระดับความสามารถในการดูแลตนเองค่อย ๆ

ลดลงอย่างช้า ๆ อย่างไรก็ตามการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองของความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุนั้นสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนั้นสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.316$) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.5 แสดงว่า หากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูง อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ผู้ดูแลจึงมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตลอดจนเพิ่มความพยายามในการดูแลมากขึ้น ประกอบกับในการศึกษาคั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.5 และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 48.4 ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ที่ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มีแนวโน้มสูงขึ้นและจะสูงสุดในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยพบว่าระยะเวลาที่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลนานถึง 1.6-2.8 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุมากขึ้น จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น

จากการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.223$) แสดงว่า หากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมาก ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรื้อรัง เพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมน้อย จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนานได้เรียนรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ซึ่งไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.7 แสดงว่า การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 73.8 ซึ่งจากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2541) และ Pohl (1995) ที่พบว่า เพศหญิงมีเจตคติที่ดีในการทำหน้าที่ดูแล และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าอีกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 78.5 ทั้งนี้ในบริบทของสังคมไทย บุตรหลานจะถูกหล่อหลอมจากการเลี้ยงดู ประเพณี และวัฒนธรรมไทยให้บุตรหลานมีความรัก เคารพและกตัญญูต่อบิดา มารดา และผู้มีพระคุณ ต้องตอบแทนบุญคุณบุพการีเมื่อชราภาพ (สุพัศตรา สุภาพ, 2543) หรือเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุพการีเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากมีความเชื่อว่า การได้ดูแลบิดา มารดา เป็นการได้ตอบแทนบุญคุณเป็นการกระทำที่ดีงามและสิ่งที่ดีๆนี้จะส่งผลให้มีชีวิตที่ดีในภายหน้า (Ceffrey, 1996; Kespichayawatana, 1999)

และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเสื่อมมีระดับสูงมาก ($\bar{x}=4.52$) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง ($\bar{x}=4.39$) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x}=4.64$) ที่ยิ่งสนับสนุนให้เห็นว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีสภาพเป็นอย่างไร ผู้ดูแลยังให้การยอมรับ ให้ความเคารพ และห่วงใยในสุขภาพอยู่เสมอ ยังคงร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยความเต็มใจ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบอีกว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($\bar{x}=4.22$) ที่แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือสื่อต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ เข้าใจถึงปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ประกอบกับ ผู้ดูแลที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.67$) ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้จากการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา

ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ด้านปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมาก่อน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อน ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการสอนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแล ซึ่งอาจจะใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสม ทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวได้มากขึ้น อีกทั้งอาจจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

2. ควรมีการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีกิจกรรม หรือสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะพูดคุย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแต่ยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ที่แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง แต่ยังมีความสามารถในการดูแลตัวเอง ดังนั้นควรมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการทำกิจกรรมตามความสามารถ ย่อมเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง ชะลอความเสื่อมของสมอง และยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะพึ่งพา ตลอดจนลดผลกระทบต่อผู้ดูแลได้

3. ควรมีการจัดตั้งเครือข่ายให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้มีความพร้อมมากยิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลแก่ผู้ดูแลมากขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลในครอบครัวต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา สุวรรณแสง. 2538. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2543. **สมองเสื่อม โรคหรือวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คบไฟการพิมพ์.
- กวรรณิกา คงหอม. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2542. **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T)**. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คัทรียา รัตน์วิมล. 2545. **ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพากรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คมสัน แก้วระยะ. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และความเครียดในภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยาวัตร คมพัยค์ษ์. 2531. การสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 6: 96-105.
- จอม สุวรรณโณ. 2540. **ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาล**, 47(3): 147-157.
- จักรกฤษณ์ สุขยั้ง. 2544. **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. 2546. **ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสมองเสื่อม ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี: 1-15.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2542. Katanyu Katavedi and Caregiving for frail elderly. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 12: 51-64.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. **ทฤษฎีทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. 2545. กรณีศึกษา: ผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 14: 66-73.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมชาติ วรรณพุกษ์. 2543. **วิธิดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนาศูววรรณะปกรณ. 2546. **การดูแลผู้สูงอายุ: ประเด็นปัญหาและคุณภาพการดูแล**. เอกสารประกอบการอบรมประจำปีสมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ...คุณภาพที่คาดหวัง: 105-109.
- ทัศนีย์ ระย้า. 2536. **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์ พวงวารินทร์. 2546. Dementia: An update. **สารศิริราช** 55: 31-33.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. 2544. **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล เพียรเจริญ. 2539. **ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อ ความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคระบบประสาท**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทพร ศรีนิม. 2539. **ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นันทิกา ทวิชาชาติ. 2546. **การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องโรคสมองเสื่อมและการใช้แบบประเมิน ADAS โรงแรมแชงกรีล่า กรุงเทพมหานคร.
- นิลรัตน์ วัชรวิชาติ. 2543. **บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. 2547. **ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2535. **การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: B&B Publishing.
- บุษกร ประภาพรสุข. 2546. **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: บุคคลที่ควรได้รับการตระหนักถึง**. **วารสารการศึกษพยาบาล**. 14: 101-106.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ บุญเกิดและคณะ. 2546. **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์. 2548. **สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมือง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วิณา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. 2543. **ไม่ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย**. รายงานโครงการศึกษาวิจัยครบวงจร เรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- พนัส ธัญญะกิจไพศาล. 2544. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**. กรุงเทพมหานคร: พี เค โปรมิเนนท์.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2547. **อาการทางพฤติกรรมและจิตใจของโรคสมองเสื่อม**. **วารสารพศตวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 5(1): 30-35.
- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. 2540. **สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิต ห่อนบุญเหิน. 2537. **การสอนทักษะการคิดขั้นสูง: ความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล**. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 1(16): 16-21.

- มยุรี เพชรอักษร. 2532. **กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย**. **รามานิติ
พยาบาลสาร** 2: 84-92.
- รัชฎา รัชชานาม. 2543. **สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการ
สมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและ
นโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2535. **ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว**. **วารสารพยาบาล**
41(1): 9-19.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ. 2547. **สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ป้องกันได้ ?**. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง ผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา: 71-78.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. 2538. **ญาติกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ**. **วารสารสุขศึกษา** 18: 61-72.
- ลิวรรณ คุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. 2547. **ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมอง
เสื่อม: กรณีศึกษา**. **วารสารพจนานิตยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1: 43-48.
- วันดี ไตสุขศรี. 2539. **ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ คุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. 2546. **รูปแบบการดูแลผู้สูง
อายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. **วารสารพจนานิตยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1: 10-19.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. 2536. **ภาระในการดูแลและความผาสุกทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
ต้องพึ่งพา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณนิภา สมनावรรณ. 2537. **การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมอง
เสื่อมที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณนิภา บุญระยอง. 2543. **ภาระครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม**. **วารสารพจนานิตยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1: 11-17.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2537. **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล**.
วารสารพยาบาลศาสตร์. 12: 33-38.

- ศรสวาท ชัยตรุณ. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์กับนักศึกษา กับประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันศึกษาเอกชน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547. **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar, R. M., and Newens, A. J. 2543. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. **วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1: 15-24.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2546. ทักษะการดูแล. **วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 4: 39-42.
- สการรัตน์ พวงจันทร์. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. 2544. **การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2534. **การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทร์สนธิ. 2537. **เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติ วิจัยและการประเมินผลการศึกษา: การวัดและการประเมินผลในชั้นเรียน: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒน์ และประอรนุช ตุลยาทร. 2538. ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13(4): 75-87.
- สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548. **สารประชากรมหิดล มกราคม 2548.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.pr.mahidol.ac.th/gazetteth.htm> [2548, สิงหาคม 28]
- สินทร ฉันทศิริกาญจน. 2546. **สมองเสื่อม.** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสมองเสื่อม ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี: 1-10.

- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545. สุขภาพกับ
ผู้สูงอายุ ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร
(บรรณาธิการ) **ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และ
สถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 4-29.
- สุพิศรา สุภาพ. 2531. **สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา และประเพณี.**
พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. 2541. **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2542.
ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- โสภา มุสิโก. 2548. **ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.**
สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. 2534. **การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
เด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา เอ็นท์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล. 2541. **การศึกษาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแล
รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- อรรถัย โสมนรินทร์. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภาภรณ์ ดิษฐเล็ก. 2548. **การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Algase, D. L., et al. 1996. Need-driven dementia compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. **American Journal of Alzheimer's disease**. 11: 10-19.
- American Psychiatric Association. 1994. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington.
- Archbold, P. G., et al. 1990. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. **Research in Nursing & Health** 13: 375-384.
- Asai, O. M. and Kameoka, A. V. 2005. The Influence of Sekentei on family caregiving and underutilization of social services among Japanese caregivers. **Social Work** 50(2): 111-118.
- Baddeley, D. A. 1999. **Essentials of Human Memory**. Cornwall: Psychology Press Ltd.
- Bergerner, S. C., Shimer, R. 1993. Variables related to caregiver behaviors with cognitively impaired elders in institutional settings. **Research in Nursing & Health** 16: 193-200.
- Blume, L., Persely, N., & Mintzer, J. 1992. The prevalence of dementia: The confusion of numbers. **American Journal of Alzheimer's care and Related Disorders Research**. 21: 3-18.
- Brandt, P. A. and Weinert, C. 1985. The PRQ - 85 A Social support measure. **Nursing Research**. 30: 272-280.
- Brody, H., Green, A. 2003. Meta-Analysis of psychosocial Interventions for caregivers of people with dementia. **JAGS** 51: 657-664.
- Brody, H., Roberts, K. and Peter, K. 1993. Quasi-experimental evaluation of an education model for dementia caregivers. **Journal of Geriatric Psychiatry** 9: 195-204.
- Bull, M. J. 1990. Factor influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing** 12: 758-776.
- Burgio, L. 1996. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: behavioral approaches. **Int Psychogeriatric** 8: 45-52.
- Caffrey, R. A. 1991. **Family Caregiving to the elderly in Northeast Thailand: Changing pattern**. Dissertation of doctor for Philosophy Department of Anthropology. Oregon University, USA.

- Caplan, A. G. et al. 2004. A Randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department-The DEED II Study. **JAGS** 52,1417-1423.
- Caris-Verhallen, W. M., Kerksta, A., & Bensing, J. M. 1999. Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. **Journal of Advanced Nursing** 29(4), 808-818.
- Carlson, N. R. 1994. **Physiology of Behavior**. 5th ed. London: Allyn and Bacon.
- Chang, L. B. et al. 2004. Perceived helpfulness of telephone calls: Providing support for caregiver of family members with dementia. **Journal of Gerontological Nursing**. 17-21.
- Clarke, N. 2001. Training as a vehicle to empower carers in the community: more than a question of information sharing. **Health and social Care in the Community**. 9: 79-88.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator for life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38: 300-312.
- Cohen- Mansfield, J. 1995. Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly: function methods and difficulties. **Journal Geriatric Psychiatry Neurology**. 8: 52-60.
- Craik FIM. 1977. **Handbook of the psychology of aging**. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Denyes, M. J. 1980. **Development of an Instrument to measure self-care agency in adolescents**. (Doctoral dissertation) College of Nursing the University of Michigan.
- Dring, R. 1989. The formal caregiver responsible for home care the individual with cognitive dysfunction following brain injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 2(1); 42-45.
- Eisdorfer, C. et al. 1992. An empirical evaluation of the global deterioration scale for staging Alzheimer's disease. **American Journal of Psychiatry** 24: 190-194.
- Eliopoulos, C. 2005. **Gerontological Nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Finkel, SI. 1998. An introduction to BPSD: BPSD IPA educational pack Gardiner. **Caldwell Communication** 21: 7-19.

- Gay, J. A. 1961. Conceptual framework of bonding. *JOGN Nursing* 26: 440-444.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., Clay, T., & Newcomer, R. 2003. Prediction institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. *The Gerontologist* 43(2): 219-229.
- Gaugler, J. E., Kane, L. R., Kane, A. R., Clay, T. and Newcomer, C. R. 2005. The effects of duration of caregiving on institutionalization. *The Gerontologist*. 45(1): 78-89.
- Geula C. 2000. Pathological diagnosis of Alzheimer's disease. In: Scinto LF, Daffner KR, eds. **Early diagnosis of the Alzheimer's disease**. New Jersey: Humana Press.
- Gonzalez-Salvador, MT., Arango, C., LyKetsos, C. G., Barba, A. C. 1999. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregivers. *International Journal Geriatric Psychiatry* 14: 701-710.
- Gottlieb, H. B. and Rooney, A. J. 2004. Coping effectiveness: determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. *Aging and Mental Health* 8(4): 364-373.
- Gruetzner, H. 2001. **Alzheimer's : A Caregiver's Guide and Sourcebook**. 3rd ed. New York: John Wileyand Sons, Inc.
- Graham, C., and Shamp, BC. 1997: Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal Geriatric Psychiatry* 12: 931-937.
- Habbard et al. 2002. Beyond word Older people with dementia using and interpreting nonverbal behavior. *Journal of Aging Studies* 16: 155-167.
- Hall, G. R. 1994. Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. *Nurse Clinical North America*. 29: 129-141.
- Hall, G. R., et al. 1995. Standardized care plan: Managing Alzheimer's patients at home. *Journal of Gerontological Nursing* 21(1): 37-44.
- Hanucharunkul, S. 1988. **Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand**. Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School, Wayne State University.

- Harwood, D. G., et al. 2000. Predictors of appraisal and psychological well-being in Alzheimer's disease family caregiver. **Journal of Clinical Geropsychology** 6: 4-13.
- Hebert, R. et al. 2003. Efficacy of a psychoeducative group program for caregiver of demented persons living at home: A Randomized controlled trial. **The Journal of Gerontology**. 58(1): 58-67.
- Horowitz, A. 1985. A sons and daughter as caregivers to older parents: Difference in role performance and consequences. **The Gerontologist**. 25: 612-617.
- Hoyert, D. and Seltzer, M. M. 1992. Factors related to well bring and Life activities of family caregivers. **Family Relation**. 41: 74-91.
- Hunt K, C. 2003. Concept in caregiver research. **Journal of Nursing Scholarship**. 35: 27-32.
- Kaplan, G. 1974. **Support systems and community mental health**. New York: Behavioral publication.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., and Ebrahim, S. 1994. The meaning of activities of daily living in Thai elderly population: Development of a new index. **Age and Aging**. 23: 97-101.
- Jitapunkul, S. and Lailert, C. 1997. Mini-Mental status examination: is it appropriate for screening in Thai elderly. **Journal Medicine Association Thailand** 80: 116-120.
- Judith L. 2003. **Howe, Older people and their caregivers across the spectrum of care**. London: An Imprint of the Haworth Press.
- Kahn, R. L. 1979. Aging and Social support. In **aging from birth to death: Interdisciplinary perceptives**. Cororado: Westview Press.
- Karlawish, J. H. T., et al. 2003. Why would caregiver not want to treat their relative's Alzheimer's Disease?. **Journal of American Geriatrics** 51: 10-19.
- Keith, C. 1995. Family caregiver system: models resousces and values. **Journal of Marriage and the Family** 57(2): 179-189.
- Kespichayawattana, J. 1999. **Katanyu Katavadi and caregiving for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in Metropolitan Bangkok Thailand**. A Disseration Presented to Oregon Health Science of School of Nursing in Parital Fulfillment of the requirements for degree of Doctoral of Phibsophy.

- Kramer, B. J. 1993. Marital history and the prior relationship as predictors of positive and negative outcomes among wife caregivers. **Family Relations** 42(10): 367-375.
- Kramer, B. J. 1997. Gain in the caregiver experience: Where are we? What next?. **The Gerontologist** 37(2): 218-232.
- Kuzu, N., et al. 2006. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. **The Gerontologist** 46(1): 78-89.
- Landes, M. A., et al. 2005. Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences** 17(3): 342-350.
- Lawton, P. and Rubinstein, R. L. 2000. **Interventions in Dementia care**. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lepp, M., Ann-Kristin, H. & Ringsberg, C. K. 2005. Dementia: involving patients in storytelling- a caring intervention. A pilot study. **Journal of Clinical Nursing** 14: 256-263.
- Logsdon, G. R., McCurry, M. S. and Teri, L. 2005. Star-caregiver: A Community-based approach for teaching family caregivers to use behavioral strategies to reduce affective disturbances in persons with dementia. **Alzheimer's Care Quarterly** 6(2): 146-153.
- Marcia, G. O., Hoffman, R. R., Yee, L. J., Tennstedt, S. and Schulz, R. 1999. Prevalence and Impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. **The Gerontologist** 39: 177-185.
- Mass, L.M., et al. 2004. Outcomes of family involvement in care intervention for caregiver of individuals with dementia. **Nursing Research** 53: 76-85.
- Mittelman, S. M., Roth, L.D., Heley, E. W. and Zarit, H. S. 2004. Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: Results of a randomized trial. **The Journals of Gerontology**. 1: 27-33.

- Morhardt, D. 2004. Best Practices: Top 10 Ideas for for enhancing quality of life by diagnosed individuals and families living with Alzheimer's disease and related dementias. *Alzheimer's Care Quarterly* 5(2): 103-107.
- Morris, N.J. 1997. **Quality care in the nursing home**. St Louis: Mosby year book.
- O'Donnell, BF. et al., 1992. Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. *Journal Geriatric Psychiatry Neurology* 5: 45-52.
- Orem, D. E. 1995. **Nursing Concept of Practice**. St Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. 2001. **Nursing Concept of Practice**. St Louis: Mosby Year Book.
- Parks, M. S. and Novielli, D. K. 2000. A Practical guide to caring for caregivers. *American Family Physical*. 62: 2613-2618.
- Perry, J., Galloway, S., Bottorf, L. J. and Nixon, S. 2005. Nurse-Patient communication in dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 31(4), 43-52.
- Phillips, L. R. 1989. Elder-Family caregiver relationships determining appropriate nursing interventions. *Nursing Clinics of North America* 24: 795-807.
- Pinquart, M and Sorensen, S. 2003. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology* 2: 112-128.
- Rabins, P. 1998. Non-pharmacological management: BPSD IPD education pack. *Cheshire: Gardiner-Caidwell Communications*. 6-26.
- Ritchie, K. & Kilda, D. 1995. Is senile dementia "Age related?" evidence from a meta-analysis of dementia prevalence in the older person. *Lancet* 25: 49-62.
- Robert, T. W. 1999. **Psychological Problems of Ageing**. St. Louise: Great Britain by Bookcraft (Bath) Ltd.
- Robinson, K.M. 1990. The relationships between social skills social support self esteem and burden in adult caregivers. *Journal in Advance Nursing* 15: 788-795.
- Robinson, K. M., et al. 2001. Problem behavior caregiver reaction and impact among caregivers persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* 36: 4-12.
- Ronald, C.H. 1994. Clinical presentatioa In: Lancaster MM, editor. **Alzheimer's disease: a handbook for caregivers**. 2nd ed. St. Louise: Mosby.

- Ronchi, D. et al. 2005. Cognitive status depressive symptoms and health status as predictors of functional disability among elderly persons with Low-to-Moderate education: The Faenza community aging study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 13(8): 672-680.
- Rovner BW. et al. 1996. A randomized trial of dementia care in nursing homes. **American Journal of Psychiatry** 44: 7-13.
- Sasat, S. 1998. **Caring for dementia in Thailand: A study a family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist Society**. Unpublished Ph.D. Thesis. University of Hall: UK.
- Schaefer, C., et al. 1981. The health related function of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4: 381-405.
- Schott-Baer, D. 1993. Dependent care, caregiver burden and self-care agency of spouse caregiver. **Cancer Nursing** 16(3): 230-236.
- Schutz, W. C. 1976. **Joy: Expanding Human Awerness**. New York: Grove Press.
- Scon, A. L. 2005. Dementia and challenging behaviour: the need of family caregivers. **Nursing Older People** 17(1): 26-32.
- Souder, E., Rapp, G. C., Davis, V. G., Beck, C. and Liem, H. P. 2004. Care of individuals with Alzheimer's disease in the new millennium. **MEDSURE Nursing** 13: 22-30.
- Stanley, M., Blair, A. K., and Beare, G. P. 2005. **Gerontological Nursing: Promoting Successful Aging With Older Adult**. 3thed. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Stewart, B. J. & Archbold, P.G. 1996. **Family caregiver inventory: The caregiver's view**. Portland, OR: Oregon Health Sciences University, School of Nursing.
- Surprenant, A. M. and Lan Neath. 2003. **Human Memmory**. 2thed. Toronto: Thomson Learning.
- Taylor, S. G. 1989. An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. **Nursing Science Quarterly** 2: 131-137.
- Teri. L. et al. 1992. Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and behavior problem checklist. **Psychology and Aging**, 7: 622-631.

- Teri, L. et al. 1998. Exercise and activity level in Alzheimer' s disease: A potential treatment focus. **Journal of Rehabilitation Research and Development** 35(4): 411-419.
- Teri, L. and Uomoto, J. 1991. Reducing excess disability in dementia patients: Waiving caregivers to manage patient depression. **Clinical Genealogist** 10: 49-63.
- Tilden, V. P. and Weinert, C. S. 1987. Social support and the chronically ill individual. **Nursing Clinics of North American** 22: 613-629.
- Timiras, P. s. 1994. Aging of the nervous system: function changes In: Timiras, P. C., (ed). **Physiological Basis of aging geriatrics**, 2nd edition. Boca Raton CRC Press., 103-140.
- Thoits, P. A. 1982. Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23: 145-159.
- Thorndike, R. M. 1978. **Correlational procedures for research**. New York: Garder.
- Volicer, L. and Hurley, C. A. 2003. Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias. **The Journals of Gerontology** 9: 837-845.
- Wallhagen, M. I. 1992. Caregiver demands: their difficulty and effects on the well-being of elderly caregiver. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal** 6: 111-127.
- Wilson, J. S. 1991. Caregiving: a mixed bag of burdens and rewards. **Home Health Nurse** 9(5): 45-46.
- Yates, E. M., Tennstedt, S. and Chang, H. B. 1999. Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. **Journals of Gerontology** 54: 12-22.
- Zanetti, O., et al. 1998. Determinants of burden in an Italian sample of Alzheimer's patient caregivers. **Journal of Cross-Cultural Gerontology** 11: 12-25.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. 1986. Subjective burden of husbands and wives as caregiver: A longitudinal study. **The Gerontologist** 26: 260-266.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

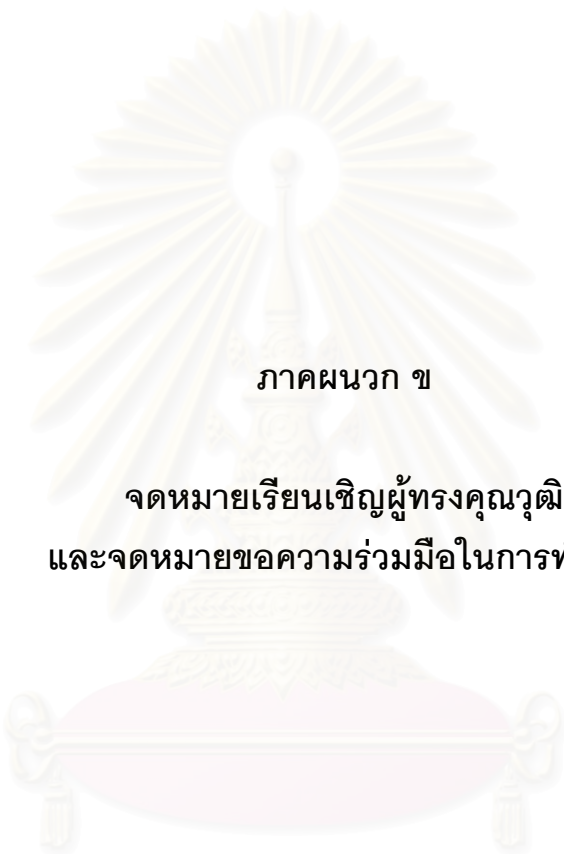
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ. พนิดา กฤตยภูษิตพจน์	ประสาทอายุรแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
อาจารย์ ดร. วิราพรณ วิโรจน์รัตน์	ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
นางสาววีณา ลิ้มสกุล	พยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814
ชื่อนิสิต	นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/
มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัด
สรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลใน
ครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พญ.พนิดา กฤตยภูษิตพจน์ ประสาทอายุรแพทย์ เป็น
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์
ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ
ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พญ.พนิดา กฤตยภูษิตพจน์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ คุณวีณา ลีมสกุล พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

คุณวีณา ลีมสกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 คน ณ คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 คน ณ คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 25 คน ณ คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้นิสิตรวบรวมงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 57 คน ณ คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้จะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดี คณะแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 48 คน ณ คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม โทร. 0-1978-7853



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม ที่อยู่ 56 หมู่ที่ 2 ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว” เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรับบริการและการรักษาใดๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

.....
สถานที่/ วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/ วันที่

.....
(นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/ วันที่

.....
(.....)

.....
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวเตือนใจ ภักดีพรหม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ ที่ทำงาน 0-7727-2231 ต่อ 2373-2374
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-1978-7853
E-mail: Tuanjai_Pukdeepram @ yahoo.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องข้องกับการศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 1) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - 4.3 ความไม่สะดวกเล็กน้อยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 45-60 นาที โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 8 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล 5) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล 7) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม

และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 8) แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว

4.4 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 01-9787853

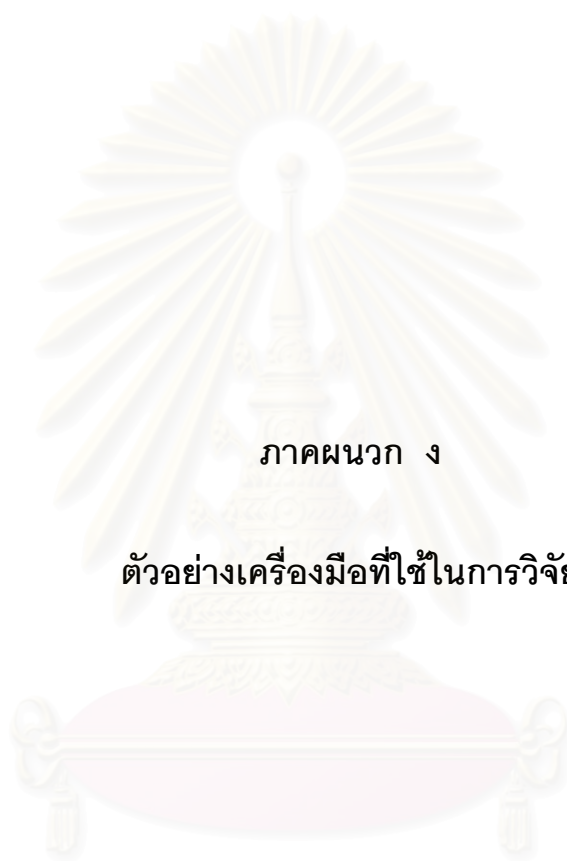
4.5 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

4.6 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.7 จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 130 ราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินสำหรับการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอ
เป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว** ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง
เสื่อม

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ส่วนที่ 7 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 8 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลใน

ครอบครัว

ชื่อผู้ให้ข้อมูล นาย, นาง, นางสาว.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้านชื่อ..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ผู้สัมภาษณ์.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย(•) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส โสด คู่
 ม้าย หย่า
4. เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็น คู่สมรส บุตร
 หลาน พี่/น้อง
 อื่นๆ.....
5. อาชีพ เกษตรกรรม ทำงานบ้าน
 รับจ้าง รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 ค้าขาย อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ปวช./ปวส.
 ประกาศนียบัตรและ ปริญญาตรี
อนุปริญญา สูงกว่าปริญญาตรี
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)
 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 6,001 - 8,000
 2,001 - 4,000 8,001 - 10,000
 4,001 - 6,000 มากกว่า 10,000
 โปรดระบุ.....
8. ระยะเวลาในการดูแล (ปี)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

MMSE-Thai 2002

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน (ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม)

ผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ปวช./ปวส.
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน

(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5คะแนน)

(ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
 - 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ..ชื่อว่าอะไร

- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะ จะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน)พูดจบให้ คุณ(ตา,ยาย) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5คะแนน) เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย) คิดเลขในใจเป็นไหม

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ผม ,ดิฉัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ(ตา,ยาย) ฟังแล้วให้คุณ(ตา,ยาย) สะกดถอยหลัง

จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า-สระอะ- นอหนู-สระอา-วอแหวน
ไหนคุณ(ตา,ยาย) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ

ว า น ะ ม

5. Recall (3คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

7. Repetition (1คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้อง 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ(ตา,ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่"

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม(ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ(ตา,ยาย)

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ, เตียง)

9. Written command (1คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย) อ่าน

แล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" ○ หลับตาได้

10. Writing (1คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ(ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้

เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"

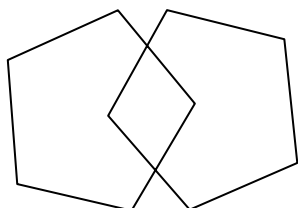
.....

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuconstruction (1คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง"จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



หลับตา

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลของท่าน (ผู้ดูแล) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วให้พิจารณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่องทางขวามือ ที่ท่านตรงกับความเข้าใจของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. ท่านคิดว่าการพาผู้ป่วยเดินในช่วงเช้า เป็น เป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ช่วยให้ผู้ปวยนอนหลับได้ดีขึ้น 2. 10. ท่านคิดว่าการชักชวนให้ผู้ปวยสวดมนต์ เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองได้		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนีที่เกิดขึ้นกับท่าน (ผู้ดูแล) บ่อยแค่ไหนในขณะที่ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกและตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

จริงมากที่สุด	(5)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทั้งหมด
จริงมาก	(4)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
จริงปานกลาง	(3)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางครั้ง
จริงน้อย	(2)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยมาก
ไม่จริงเลย	(1)	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ไม่จริงเลย (1)	จริงน้อย (2)	จริงปาน กลาง(3)	จริงมาก (4)	จริงมาก ที่สุด (5)
ด้านการยอมรับในความเป็นบุคคล					
1. ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคล สำคัญในชีวิตของท่าน					
2.					
.					
.					
6. ท่านให้เกียรติผู้สูงอายุในฐานะที่ เป็นผู้อาวุโสในครอบครัว					
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ					
7. ใส่ใจว่าผู้สูงอายุชอบและต้องการ อะไร					
8.					
.					
.					
12. ท่านยินดีที่จะทำกิจกรรมร่วมกับ					

ข้อความ	ไม่จริงเลย (1)	จริงน้อย (2)	จริงปาน กลาง(3)	จริงมาก (4)	จริงมาก ที่สุด (5)
ผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การดูโทรทัศน์ การเดินเล่น เป็นต้น					



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ไม่ได้เป็นการทดสอบว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในวงเล็บหน้าข้อความที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมนั้นตามความเป็นจริง

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0 () ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 () ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0 () ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 () ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0 () ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1 () ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2 () ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยเหลือพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 () ทำได้เอง
4. Toilet (ใช้ห้องสุขา)
 - 0 () ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 () ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 () ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - 0 () เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
 - 1 () ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนมาเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

2 () เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ
สนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 () เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 () ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1 () ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 () ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้
เหมาะสมได้)

7. Stairs(การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 () ไม่สามารถทำได้

1 () ต้องการคนช่วย

2 () ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0 () ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1 () อาบน้ำได้เอง

9. Bowels(การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 () กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 () กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 () กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 () กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 () กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

2 () กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากสังคม ในเวลาที่ท่านต้องดูแลผู้ป่วยหรือไม่ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (✓) ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
- ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดกับท่าน
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดกับท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p>ความรักใคร่ผูกพัน</p> <p>1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย</p> <p>2.</p> <p>3. ท่านได้รับความไว้วางใจจากคนรอบข้างในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</p> <p>4. ท่านรับรู้ว่ามีคนยินดีที่จะทำกิจกรรมร่วมกับท่าน</p> <p>5.</p>					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. ท่านได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น					
7. ท่านได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น					
8.					
9. ท่านทำสิ่งพิเศษเล็กๆ น้อยๆ เพื่อให้ผู้อื่นมีความสุข การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง					
10. เมื่อเห็นคนมีปัญหาท่านสามารถเป็นที่พึ่งให้กับพวกเขาได้					
11.					
12. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าอย่างไรเพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ					
13. บุคคลรอบข้างบอกว่าการที่ผู้ป่วยอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะท่านได้มีส่วนช่วยเหลือเขา					
14.					
15. เมื่อท่านอารมณ์เสียไม่มีคนที่จะรับฟังท่านระบายความรู้สึก					

ส่วนที่ 7 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจนี้เป็นการให้คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมในช่วง

1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลักเกณฑ์ของการประเมินจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความถี่ของอาการต่างๆ ที่ปรากฏ โดยในแต่ละหัวข้อให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความเหมาะสมดังนี้

ตอนที่ 1: การประเมินลักษณะอาการ (Symptomatology)

1. อาการหลงผิดว่ามีคนจะมาขโมยของ

- 0 ไม่มี
- 1 หลงผิดว่ามีคนนำของไปซ่อน
- 2 หลงผิดว่ามีคนเข้ามาขโมยของในบ้าน
- 3 พุดจาได้ตอบกับคนที่เข้ามาในบ้านเพราะคิดว่าเขาเป็นขโมย
- .
- .
- .

25. ความกลัวอื่นๆ

- 0 ไม่มี
- 1 มี
- 2 มี และผู้ดูแลต้องเพิ่มการดูแลมากขึ้น
- 3 มีและจำเป็นต้องควบคุมพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยด้วย

ตอนที่ 2 การประเมินโดยรวม(Global Rating)

จากอาการทั้งหมดของคนไข้ ข้อใดคือข้อสรุปที่เหมาะสมที่สุด

- 0 ไม่สร้างปัญหาใดๆให้กับผู้ดูแลหรือไม่มีอันตรายใดๆกับตัวผู้ป่วยเอง
- 1 สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแลเล็กน้อยหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง
- 2 สร้างปัญหาให้กับตัวผู้ดูแลปานกลางหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง
- 3 สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแลมากหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง

คะแนนรวม.....

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถของท่านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับการกระทำของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- ไม่ตรงกับตัวท่านเลย (1) หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบเลย
- ตรงกับตัวท่านน้อย (2) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบน้อย
- ตรงกับตัวท่านปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบปานกลาง
- ตรงกับตัวท่านมาก (4) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบมาก
- ตรงกับตัวท่านมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
1. ท่านสามารถปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอไม่ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นก็ตาม					
2.					
14. ท่านไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่					



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ห้มีดังนี้

1. การคำนวณหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547: 236)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ

α คือ ค่าความคงที่ภายใน

n คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

Si^2 คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

St^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ

P คือ ค่าร้อยละ

f คือ ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

3. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาในการดูแล สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้สูตร (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2546)

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ

\bar{X} คือ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$SD. = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ

SD. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} คือ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y

r_{xy}

- $\sum x$ คือ ผลรวมของข้อมูลที่ได้จากตัวแปร x
- $\sum y$ คือ ผลรวมของข้อมูลที่ได้จากตัวแปร y
- $\sum xy$ คือ ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
- $\sum x^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
- $\sum y^2$ คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
- N คือ จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม เกิดเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2538 และ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ.2542 ปัจจุบันทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย