

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

อมรา ชูพลสัตย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อมรา ชูพลสสัย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..........อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..........อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.หญิงชนัดดา แนบเกษร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

..........กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.หญิงชนัดดา แนบเกษร)

..........กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิสิเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..........คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอยวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ให้พลังงานทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณแม่ ครอบครัว และเพื่อน ๆ ดิگสว่างวัฒนา แพนกผู้ป่วยนอก เพื่อน ๆ รหัส 53 สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็น ผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

อมรา ชูพลศักดิ์

53920655: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม /ภาวะซึมเศร้า /ความเข้มแข็งในการมองโลก /ภาระการดูแล
แรงสนับสนุนทางสังคม

อมรา ชูพลสัตรู: ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล
แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (RELATIONSHIPS
BETWEEN SENSE OF COHERENCE, BURDEN, SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION
AMONG CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:
ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. , ชนิดดา แนนเกษร, Ph.D. 89 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินภาระของผู้ดูแล และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 73.32 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 20 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 16.66 ภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 31.11 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 5.55 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .05$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.223, p < .05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = .135, p > 0.5$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่งพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยเน้นการลดภาระการดูแล และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเหล่านี้

53920655: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS/ DEPRESSION/ SENSE OF
COHERENCE/ BURDEN/ SOCIAL SUPPORT\

AMARA CHOUPOLSAT: RELATIONSHIPS BETWEEN SENSE OF
COHERENCE, BURDEN, SOCIAL SUPPORT, AND DEPRESSION AMONG CAREGIVERS
OF DEMENTIA PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D.,
CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. 89 P. 2016.

Depression in caregivers of dementia patients is a major mental health problem which affects caregivers' physical, mental, and social aspects. The purpose of this descriptive correlational study was to examine depression among caregivers of dementia patients and test its relationships with sense of coherence, burden, and social support among caregivers of dementia patients. The sample consisted of 90 caregivers of dementia patients from the Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. They were randomly selected using simple random sampling technique. Research instruments consisted of 5 self-report questionnaires including caregivers' personal data questionnaire, Beck's Depression Inventory, sense of coherence, caregiver burden of patient with dementia, and social support scale. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were employed to analyze the data.

The results revealed that 73.32% of the caregivers of dementia patients had depression. Among these depressive caregivers, 20% had mild depression, 16.66% had moderate depression, 31.11% had high depression, and 5.55% had severe depression. From correlational analysis, it was found that depression had significantly positive correlation with burden ($r = 0.628, p < .01$) and had negative correlation with social support ($r = -.223, p < .05$). Whereas, sense of coherence was not significantly correlated with depression ($r = .135, p > .05$)

From the study findings, it was showed that the caregivers of patients with dementia are more likely to develop depression. Therefore, nurses and related health personnel should be aware of. To decrease depression among these caregivers, the program aimed at decreasing burden and enhancing social support should be developed.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม.....	10
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	16
ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม.....	19
รูปแบบกระบวนการของความเครียดของ Pearlin.....	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	43
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	43
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	47
ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก การการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	47
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก การการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม	48
5 สรุปและอภิปรายผล	50
สรุปผลการวิจัย	50
อภิปรายผลการวิจัย.....	51
ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้	54
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	68
ภาคผนวก ก	69
ภาคผนวก ข	72
ภาคผนวก ค	75
ภาคผนวก ง	83
ประวัติย่อของผู้วิจัย	89

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	43
2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	46
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม	47
4	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	48
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	49

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin.....	28

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญในวงการแพทย์และสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากสถิติพบว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2050 มีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่มีอาการสมองเสื่อม โดยคิดเป็นร้อยละ 3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (Hatano, 1973) ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 85-89 ปี พบอาการสมองเสื่อมถึงร้อยละ 30 และจากสถิติพบว่าในปี ค.ศ. 2010 มีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 35 ล้านคน (Alzheimer's Disease International, 2010) และจากการคาดการณ์พบว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสูงถึง 118 ล้านคน (Hatano, 1973) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วประเทศมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 31.3 และในผู้สูงอายุช่วงอายุมากกว่า 90 ปี ขึ้นไป พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 70 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) นอกจากนี้จากสถิติของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี พ.ศ. 2555-2557 มีจำนวน 252 คน 256 คน และ 286 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2557) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ ความจำ ความคิด การรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถในการเข้าใจการคิดวิเคราะห์ความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ ทำให้มีความบกพร่อง ทางด้านการตระหนักรู้ การควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป บางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยอาจจะดุร้าย ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือก่อเหตุรุนแรง มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้อื่นและมีพฤติกรรมก้าวร้าว บางครั้งอาจมีอาการหลงผิดประสาทหลอน การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ผิดไปจากความจริงหรือควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (เฉลิมชาติวรรณพฤษ, 2543) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้ โดยปกติผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักมีความเสื่อมของสมองอยู่บ้างซึ่งมักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำหรือความคิดที่ผิดปกติไปบ้าง แต่การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองถึงขั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมนั้น พบได้ในผู้สูงอายุบางรายเท่านั้น ซึ่งอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ (สิรินทร จันทสิริกาญจน์, 2550) และมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็น

ค่อยไปโดยผู้จะเริ่มมีอาการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ด้านความคิด (Cognitive function deterioration) มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (Personality alterations) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood change) และบางครั้งมีอาการทางจิต (Psychosis) ร่วมด้วย (จำลอง ดิษยวณิช และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2542) ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางด้านความจำไม่มาก ส่วนใหญ่มักจะสูญเสียความจำในระยะสั้นแต่ยังสามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดี เริ่มสับสนในทิศทาง สถานที่ บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจพบมีภาวะวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าร่วมด้วย และยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต่อมาเมื่ออาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำระยะสั้นอย่างชัดเจนและความผิดปกติต่าง ๆ จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น จนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืมทั้งในส่วนของความจำระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจผิดพลาดหรือมีความคิดทางนามธรรมที่ผิดปกติ มีปัญหาในด้านการสื่อสาร มักพูดซ้ำ ๆ หรือไม่เข้าใจคำพูดและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) มักพบอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายและมีอาการทางจิตร่วมด้วย (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2546) โดยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 13 พบพฤติกรรมก้าวร้าว (Physical aggression) และอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวง (Paranoid delusion) (Fimkel, 2001) จากการดำเนินโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยทำหน้าที่ในการดูแลภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การคิดการตัดสินใจ ความจำ การควบคุมปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งลักษณะการดูแลส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการและการดำเนินของโรค (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555) จากกิจกรรมการดูแลดังกล่าวข้างต้นอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อยเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกเหนื่อยล้า เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดโดยไม่ได้พักผ่อน มีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ น้อยลง (Elliot, 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) ซึ่งถ้าการดูแลนั้นเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการผลัดเปลี่ยนหรือมีผู้ช่วยเหลือก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้า และหมดกำลังใจ ไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ (Didden, Duker, & Korzilius, 2002) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Benson, 2006; Weiland & Shellenbarger, 2002) นอกจากนี้

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ผู้ดูแลถูกตัดขาดจากสังคมเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ (ธนพรรณ สิทธิสุนทร, 2543) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ เช่น

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ลึกลับ และซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เบี่ยงเบนไป และส่งผลต่อความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (Beck & Brad, 2009) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากหลากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกผิดต่อการดูแลของตนเอง การเปลี่ยนรูปแบบการทำงานหรือออกจากงานเพื่อต้องดูแลผู้ป่วยส่งผลให้รายได้ลดลง ปัญหาภาระหนี้สินหรือความขัดแย้งภายในครอบครัว เป็นต้น จากสภาพปัญหาที่รุนแรงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และแยกตัวจากสังคม (รัชฎา รัชชานาม, 2543) และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Benson, 2006; Weiland & Shellenbarger, 2002)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย โดย Pearlin et al. (1990) กล่าวว่า กระบวนการเกิดความเครียดในการดูแล ประกอบด้วยพลวัตที่สัมพันธ์กันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) ตัวแปรกึ่งกลางของความเครียด (Mediators) และผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ประการจะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและทางด้านจิตใจตามมา ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น ภาวะสุขภาพ ลักษณะสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ทักษะการดูแล พฤติกรรมการดูแลหรือจากสิ่งที่ย้ำมากระทบหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ดูแลมีสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดเข้ามา ก็จะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งถือเป็นตัวแปรกึ่งกลางในการลดความรุนแรงของความเครียดลง แต่ถ้าความเครียดนั้นรุนแรงมากก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม

ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อระบบตนเอง ว่ามีเหตุผลที่สามารถจะทำความเข้าใจ มีแนวทางในการจัดการและเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่า คุ่มค่าที่จะใช้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ (Antonovsky, 1987) ซึ่งภายใต้แนวคิดรูปแบบความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวของบุคคล โดยผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะสามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ดี โดยถ้าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถเข้าใจว่ากิจกรรมการดูแลหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จากการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาหว่ากัน ตลอดจนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (ปีติมา ฉายโอกาส, 2546) นอกจากนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินโดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (Eriksson & Lauri, 2000) และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไตที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ($r = .781, p = .01$) (เพียงดาว จุลบาท, 2551) และพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรครุมตอยด์ (Buchi et al., 1998) ดังนั้น ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่แสดงออกถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นความรู้สึก ความยากลำบากที่เกิดจากความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลโดยตรง ทำให้ความเป็นส่วนตัว ความเป็นอิสระลดลง หรือทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความต้องการของผู้รับการดูแล กับภาวะการดูแล คือ ผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ผู้ดูแลรับรู้สภาวะร่างกาย อารมณ์สังคม จิตวิญญาณที่ได้รับผลกระทบจากการดูแล อารมณ์ที่อาจจะทำให้เกิดความเครียด และการปรับตัวเข้าหาตัวกระตุ้นความเครียดเหล่านั้น (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) ภาวะการดูแลตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ถือว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) มีเวลาเข้าสังคมน้อยลง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Tyerman & Boot, 2001) โดยทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเริ่มเกิดความรู้สึก

เป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยพบว่า ผู้ดูแลจะเกิดรู้สึกความเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงสองเดือน (Bull, 1990) ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลดังกล่าวถือว่าเป็นผลของการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีภาระการดูแลสูงก็มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลสูงมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้าสูง (Magliano & Schleich, 1998) ดังนั้น ภาระการดูแลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมว่า ตนได้รับความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ ช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน (Brandt & Wienert, 1981) ภายใต้กรอบแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ถือว่าเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและผลลัพธ์ของความเครียด โดยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้และลดความรู้สึกเครียด (กัณหา ปานสมุทร, 2547) โดยบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้สึกตึงเครียด หรือแรงกดดันลดลง ทำให้มีการปรับตัวที่ดีและไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา, 2548) จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Oxman, Barrett, Sengupta, & Williams, 1992) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านร่างกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมยังพบค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การรับรู้ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล
แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคสมองเสื่อม
2. การรับรู้ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคสมองเสื่อม
3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคสมองเสื่อม

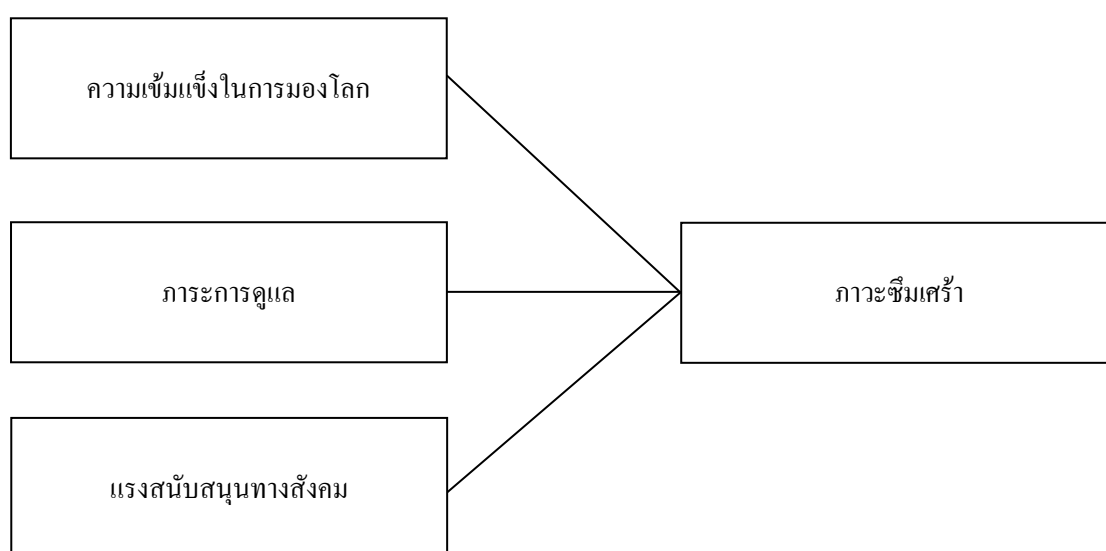
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์มาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables)

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressors) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด (Mediators) และผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัตกันและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล ปัจจัยพื้นฐาน และบริบทของตัวผู้ดูแลเอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการ ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะของครอบครัว เครือข่าย สังคม และแหล่งประโยชน์ ล้วนส่งผลก่อให้เกิดความเครียดทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยความเครียดปฐมภูมิ ซึ่งเกิดจากลักษณะและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมีผลให้เกิดความเครียดด้านทุติยภูมิ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งหากบุคคลมีตัวแปรคั่นกลางที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงความเครียดเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี เช่น มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีและมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้ความรู้สึกกดดัน หรือความตึงเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยลดลงก็จะมี การรับรู้ภาวะการ

ดูแลหรือภาวะซึมเศร้าลดลง

จากแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยน่าจะมีที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีสมมติฐานว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลสูง ก็จะรับรู้ว่าคุณเองสามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีภาวะซึมเศร้าก่อนข้างต่ำ เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะการดูแลน้อย ก็จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีแรงสนับสนุนสังคมสูง ก็จะรู้สึกมั่นใจและคิดว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ก็จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ ดังแสดงในแผนตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยเก็บรวบรวมในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง ผู้ที่มีอาการบกพร่องของความจำ ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว และมีความบกพร่องอื่น ๆ ร่วมด้วย ในด้านความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ และบุคลิกภาพ โดยความบกพร่องเหล่านี้ ส่งผลกระทบกิจกรรมในสังคม หรือสัมพันธ์ต่อผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็น โรคสมองเสื่อม (Dementia) โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หลาน หรือญาติของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป และไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแลและต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์เบี่ยงเบนทางการคิด การรับรู้ ความเบี่ยงเบนด้านร่างกายหรือพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกและการทำกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง เช่น การไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กระวนกระวาย มีการควบคุมตนเองได้น้อยลง (Beck, 1967) ประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (The Beck Depression Inventory [BDI]) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Beck (1967) แปลเป็นภาษาไทยโดย โสรณี โหราสุทธิ์, ศิริพงษ์ โพธิ์ศักดิ์ และแจก แกนเดอร์ (2540)

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เชื่อมั่นว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเข้ามากระทบนั้นเป็นสิ่งที่มีความสามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ และสามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีมาจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้และให้ความหมายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ท้าทายมีคุณค่าคุ้มค่าที่บุคคลจะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไป (Antonovsky, 1987) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อิศรสมบัติ และพรรณวดี พุชวิฒนะ (2532)

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) (Zarit et al., 1986; Zarit, 1990) ประเมินภาระการดูแลโดยใช้แบบวัดภาระการดูแลของ Zarit et al. (1986; Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ษัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายในสังคม ในด้านความรักใคร่ผูกพัน การได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติได้อย่างเหมาะสม ทั้งหมดประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด

สนิทสนม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และการมีผู้ให้ความช่วยเหลือ (Weinert, 2000) ประเมินจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทรารักษ์ ทุ่งปิ่นคำ และประภาศรี ทุ่งมีผล (ประภาศรี ทุ่งมีผล, 2548)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
4. แนวคิดกระบวนการของความเครียดของ Pearlin
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia patients) เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่วนคอร์ติซอล ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ ความคิด การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ความสามารถในการเข้าใจ การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ ทำให้มีความบกพร่องทางด้านการตระหนักรู้ การควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมการเข้าสังคม หรือแรงจูงใจในการเข้าสังคมเปลี่ยนแปลงไป (World Health Organization [WHO], 2006) กลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของสมอง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยพบประมาณร้อยละ 5 โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี และอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปี แม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคสมองเสื่อมจะรักษาไม่ได้ เช่น Alzheimer's disease และ Vascular dementia (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2545) โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ (Cerebrum) ที่เกิดขึ้นทั่วไป ดำเนินโรคที่มีความแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยมักมีอาการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function deterioration) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (Personality alterations) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood change) และบางครั้งมีอาการทางจิต (Psychosis) ได้ (จำลอง ดิษยวิช และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการที่เกิดขึ้น จะมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทำให้ไม่สามารถทำงานอยู่ในสังคมได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยตามอาการของโรคสมองเสื่อม (Dementia) ไว้ใน DSM-V (Diagnostic and statistical of manual of mental disorder-fifth edition) ดังนี้ (American Psychiatric Association [APA], 1994)

1. การเสื่อมเสียความจำ (Memory impairment) เป็นการเสียความสามารถในการเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือการระลึกถึงข้อมูลที่เคยเรียนรู้มาก่อน
2. ความผิดปกติของการรู้คิดอย่างน้อยหนึ่งประการ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 Aphasia ความผิดปกติในการใช้ภาษาในการสื่อความหมาย
 - 2.2 Apraxia การเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวแม้ว่าหน้าที่การเคลื่อนไหวยังคงปกติ
 - 2.3 Agnosia ไม่สามารถระบุหรือบ่งสิ่งที่พบเห็นได้ทั้งๆที่ประสาทรับสัมผัสทำหน้าที่ได้ปกติ
 - 2.4 ความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางบริหาร (Executive function) เช่น การวางแผน การจัดระเบียบ การจัดลำดับ การคิดแบบนามธรรม
3. ความบกพร่องด้านความรู้คิด ในข้อ 1 และข้อ 2 เหตุให้เกิดอาการเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม หรือการประกอบอาชีพ และมีการลดลงอย่างชัดเจนของระดับการทำหน้าที่
4. การดำเนินโรคมักมีลักษณะการเริ่มป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradual onset) และมีการลดลงของการรู้ (Cognitive decline) อย่างต่อเนื่อง
5. ความเสื่อมของการรู้ (Cognitive deficits) ในข้อ 1 และข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 5.1 สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่น ที่ทำให้เกิดความสูญเสียความทรงจำและความรู้ (Cognition) อย่างต่อเนื่อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) ภาวะเลือดออกในสมองชั้นใต้ dura (Subdura hematoma) ไฮโดรเซฟาโลสชนิดความดันผิดปกติ (Normal pressure hydrocephalus) และมีเนื้องอกในสมอง (Brain tumor)
 - 5.2 โรคที่ส่งผลกระทบต่อภาวะของระบบร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อม เช่น Hydrothyroidism การขาดวิตามิน B12 หรือกรอโฟลิก การขาดไนอะซิน ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด ซิฟิลิสทางระบบประสาท การติดเชื้อ HIV
 - 5.3 อยู่ระหว่างการใช้อยาบางชนิด เช่น Digoxin, Anticonvulsants, Anticholinergic เป็นต้น
6. ความผิดปกติดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในขณะที่ภาวะเพื่อ

7. ความผิดปกติดังกล่าว ไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตใด ๆ เช่น โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โรคจิตเภท เป็นต้น

ภาวะสมองเสื่อม(Dementia) จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ จะใช้เกณฑ์วินิจฉัยดังกล่าวข้างต้น ยกเว้นเกณฑ์ข้อ 5 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกสาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อม ทั้งนี้จะต้องอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบกัน ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทชัดเจน ได้แก่ มีการตอบสนองการรีเฟล็กซ์ (Reflex) ระดับสติปัญญา ท่ำทางเดินผิดปกติ แขนขาอ่อนแรง หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการเอกซเรย์สมองซึ่งบ่งว่าเป็นโรคของหลอดเลือดในสมอง (เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2543)

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายอย่าง เป็นผลมาจากเนื้อหรือ Cell ในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพมีจำนวนลดลง ทำให้นิวรอน (Neuron) ที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543) ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน อาจจำแนกได้ตามสาเหตุเกิดโรคดังนี้

1. จากการเสื่อมของเซลล์ประสาททำให้การหลั่งสารสื่อประสาทอะซิทิลโคลีน (Acetylcholine) ลดลง มีการสะสมสารโปรตีนเบต้าอะมิลอยด์ (β -amyloid proteins) และสารอะลูมิเนียม (Aluminum) เพิ่มขึ้นในสมอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสมอง ส่งผลทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ของสมองลดลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

2. โรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของหลอดเลือดที่แข็งตัวหนาขึ้นมีการตีบหรืออุดตันทำให้สมองไปเลี้ยงเลือดไม่เพียงพอ เซลล์สมองขาดเลือด และเนื้อสมองในบริเวณนั้นตายลง อาจพบภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีการตายของเนื้อสมองเป็นข้อมกระจายทั่วไปผู้ที่เคยมีอาการสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว รวมทั้งผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ เป็นต้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543)

3. การติดเชื้อจากระบบประสาทส่วนกลางทำให้เนื้อสมองอักเสบเฉียบพลัน (Acute encephalitis) ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เชื้อไวรัสเฮอร์ปีสซิมเพล็กซ์ เชื้อไวรัสสมองอักเสบ เชื้อซิฟิลิส เชื้อวัณโรคและเชื้อรา เป็นต้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543)

4. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมองที่ได้รับการกระทบกระเทือนถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงทันทีทันใดแต่อาจส่งผลกระทบระยะยาวแบบค่อยเป็นค่อยไป จนเกิดโรคสมองเสื่อมพบได้ในผู้มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ประสาทพยาธิวิทยาของ

นักมวยซึ่งมีอาการสมองเสื่อมจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะบ่อย ๆ เป็นต้น (จำลอง คิชฌามิช และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2542)

5. เกิดจากมีก้อนในสมอง ได้แก่ เนื้องอกหรือมะเร็งในสมองใหญ่ซีกซ้ายหรือซีกขวา ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด โดยเฉพาะสมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal lobe) ที่มีหน้าที่ควบคุม การเคลื่อนไหวของร่างกายและมีเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมองมีสมองโตเนื่องจากน้ำไขสันหลังคั่ง เหล่านี้ล้วนเป็นเหตุขัดขวางการรับส่งกระแสประสาทในสมอง ทำให้หน้าที่ของสมองเสื่อมลง เกิดจากการเผาผลาญในร่างกายแปรปรวนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ในภาวะขาด น้ำตาล ขาดออกซิเจน ขาดสารอาหารหรือปัจจัยร่วมอื่น ๆ ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน การเสื่อม หน้าที่ของตับ ความผิดปกติของฮอร์โมนที่มากเกินไปหรือน้อยไปในต่อมใต้สมอง ต่อมหมวกไต ต่อมธัยรอยด์ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2544)

6. ยาและสารพิษที่ใช้หรือได้รับในปริมาณมากเกินไปจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์สมอง หรือรบกวนการทำงานของสมอง เช่น แอลกอฮอล์ เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีส สารปรอท เป็นต้น

อาการของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองใหญ่ส่วนที่ทำหน้าที่กับการเรียนรู้ ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา ความจำ การไตร่ตรอง การตัดสินใจ การจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ และภาวะรู้สติ ส่งผลให้ทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่อง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โดยมีอาการและอาการแสดง สรุปได้ดังนี้

1. ไม่สามารถมองเห็นภาพ 3 มิติ และมีปัญหาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้สายตาคะระยะ (Visual spatial agnosia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใช้สอยภายในบ้าน

2. อาจคิดเลขไม่ได้ (Acalculia) ทำให้มีปัญหาในการใช้เงินและการทำบัญชีรายรับรายจ่าย

3. ขาดความคิดอย่างมีเหตุผลและไม่ทราบว่าตนไม่สบาย ผู้ป่วยอาจวางแบบการทำงานใหม่ ๆ โดยขาดเหตุผลและไม่ทราบว่าตนทำไม่ได้ ขาดความรอบคอบและไม่ระมัดระวังความปลอดภัย เช่น ขับรถประมาท มีเพศสัมพันธ์ซึ่งไม่ปลอดภัย

4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยขาดการควบคุมอารมณ์ อาจทำร้ายผู้อื่นหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในระยะที่เริ่มไม่สบาย ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถวางแผนการได้

5. มีปัญหาด้านการเดิน เช่น เดินอย่างไม่มั่นคง ทำให้หกล้มเกิดอุบัติเหตุง่าย

6. มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง มีอารมณ์ขันผิดกาลเทศะ ให้ความสนิทสนมกับคนแปลกหน้าผิดปกติ หรือไม่เคารพกฎหมาย หรือไม่เคารพกฎเกณฑ์ของ

สังคม

7. เซาว์ปัญญาจะค่อย ๆ ลดลง

8. มีอาการทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัว ประสาทหลอน ภาพหลอน

และอาการหลงผิด

ผู้ป่วยจะเกิดอาการเพื่อง่าย (Delirium) เมื่อเป็น โรคทางกาย เป็นผลข้างเคียงจากยา หรือมีความเครียด เช่น การเสียชีวิตของคู่ครองและการต้องไปอยู่โรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ความจำ การรับรู้การเข้าใจและเซาว์ปัญญาเสื่อมลงเร็ว การดำเนินของโรค อาการของผู้ป่วยอาจทรุดลง ตามลำดับ หรืออาจคงที่ หรืออาจดีขึ้น ถ้าสาเหตุของโรคได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยซึ่งมีอาการรุนแรง จะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องมีคนเฝ้าดูแลตลอดเวลา ผู้ป่วยมักได้รับอุบัติเหตุ และเป็นโรคติดเชื้อทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

อาการ โรคสมองเสื่อม (Dementia) สามารถแบ่งออกตามความรุนแรงเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกหรือระยะอาการเล็กน้อย ระยะที่สองหรือระยะปานกลาง และระยะที่สามระยะขั้นรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543)

1. ระยะแรกหรือระยะที่มีอาการเล็กน้อย ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการน้อย หรืออยู่ใน ระยะแรกนั้น ผู้ป่วยมักจะจำเรื่องบางอย่างไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องที่ตนเองได้พูดหรือได้ทำไปแล้ว เพราะจำไม่ได้ ผู้ป่วยมักจะพูดประโยคเดิมซ้ำ ๆ ความจำที่เป็นความจำในอดีต เช่น ความจำในช่วงวัยรุ่นได้ดี บอกสถานที่ตั้งในช่วงวัยรุ่นได้ บอกเล่าเรื่องราวในอดีตเกี่ยวกับญาติพี่น้องได้ ผู้ป่วยจะเล่าแต่เรื่องเก่า ๆ ซ้ำ ๆ แต่บางครั้งถ้าจะให้ผู้ป่วยเล่าจริง ๆ อาจพบว่าลักษณะรายละเอียด ของความจำเก่า ๆ นั้นก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงหรือบิดเบือนไปจากที่เป็นจริง นอกจากเรื่องความจำ แล้ว ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา ผู้ป่วยในระยะนี้มักจะเรียกสิ่งของที่เป็นชื่อเฉพาะ เรียกค่านามเฉพาะนี้ได้ยากลำบาก อาจจะไม่เรียกชื่อคนไม่ถูก อาจจะไม่สามารถเรียกนาฬิกาได้ถูกต้อง แต่ทราบว่าเป็นนาฬิกาแล้วเอามาไว้ดูเวลา ยิ่งสิ่งของที่ผู้ป่วยมีโอกาสได้ใช้น้อยครั้ง ผู้ป่วยอาจจะเรียกชื่อ สิ่งของนั้นไม่ถูกต้อง บางครั้งต้องใช้เวลาในการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าสิ่งของนั้นคืออะไร ผู้ป่วยยังคงทำกิจวัตรประจำตัวได้เอง เช่น สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวได้ด้วยตัวเอง แต่มักพบว่าการทำกิจวัตรประจำตัวเริ่มช้าลงกว่าเดิม บางครั้งผู้ป่วยหายเข้าไปในห้องน้ำนาน ๆ จึงจะออกมา หรืออยากทิ้งสิ่งไว้ไม่เป็นระเบียบ ในระยะนี้ผู้ป่วยจำนวนมากจะเริ่มรู้ว่าตนเองผิดปกติ และพยายาม พบแพทย์และมักบอกว่าความจำตนเองไม่ดี ส่วนมากแพทย์ยังไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติ ที่ชัดเจน ผู้ป่วยอยากจะมีความรู้สึกระวนกระวาย ในบางรายอาจจะมีลักษณะซึมเศร้า แยกตัว ถดถอย ไม่ยอมไปพบปะผู้อื่น ซึ่งจะทำให้อาการหลงลืมมากขึ้น อาการของโรคในระยะนี้อาจจะเป็นตั้งแต่ 1-5 ปี

2. ระยะที่สองหรือระยะปานกลาง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำในระยะใกล้มากขึ้น มักจำไม่ได้ว่าตนเองได้รับประทานอาหารไปแล้วเมื่อเห็นผู้อื่นมานั่งรับประทานไปแล้ว เมื่อเห็นผู้อื่นมานั่งรับประทานอาหารผู้ป่วยมักจะไปรับประทานอาหารร่วมด้วย ถึงแม้จะมีคนยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับประทานอาหารไปแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักไม่เชื่อ ทำให้เกิดการทะเลาะโต้เถียง ผู้ป่วยหลายรายเริ่มมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มักจะไม่อาบน้ำ ลืมตัดเล็บ ลืมสระผม ผู้ป่วยไม่สามารถคิด หรือบอกได้ว่าจะต้องปฏิบัติกิจกรรมอย่างไรต่อไป มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งชอบออกนอกบ้าน และผู้ป่วยมักหลงทางเพราะจำทิศทางกลับบ้านไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่ถนนนั้นอยู่ห่างออกไปจากบ้านไม่ไกลมากนัก ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะใช้ภาษาผิดพลาดมากกว่าเดิม จะเรียกคำศัพท์เฉพาะไม่ค่อยถูกต้อง เรียกชื่อผู้อื่นผิด ความเฉลียวฉลาดจะลดลงมาก และไม่สามารถคิดคำนวณเลขได้ ถูกต้องได้ ระยะนี้อาจจะเป็น 2-5 ปี

3. ระยะที่สามหรือระยะรุนแรง ความเฉลียวฉลาดของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก ความแม่นยำจะแย่ง ผู้ป่วยจะจดจำชื่อของคนใกล้ชิดไม่ได้ จำไม่ได้ว่าบุคคลมีความสัมพันธ์กับตนอย่างไร แต่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ที่มาเยี่ยมเหมือนเคยรู้จักกันมาก่อน ผู้ป่วยมักจะแสดงสีหน้ายินดีที่ได้พบ และจะเข้าไปทักทายปราศรัย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียกชื่อผู้ที่มาเยี่ยมได้ถูกต้อง ผู้ป่วยบางรายมักจะเริ่มจำตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถบอกชื่อของตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น รับประทานอาหารเลอะเทอะ มีพฤติกรรมนำสิ่งของไปซ่อน หรือนำของไปขว้างปาทิ้ง ถ่ายปีศาจอะอุจาระเรียกรวด ไม่สามารถบอกความต้องการในการขับถ่ายได้ ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง บางครั้งจะไม่พูด ถ้าพูดก็จะพูดประโยคสั้น ๆ ซ้ำ ๆ ในที่สุดผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากแผลกดทับหรือการเป็นปอดบวม

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หาย มีความบกพร่องในด้านการตระหนักรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม จนส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ บางครั้งการปฏิบัติในกิจวัตรประจำตัวต่าง ๆ ที่ลดลง จากอาการดังกล่าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไม่สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้โดยลำพัง จำเป็นต้องมีผู้ดูแล และเมื่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการที่มีความรุนแรงมากขึ้น ย่อมที่จะมีผลกระทบต่อญาติ และผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ปัญหาที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรงอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง และทำหน้าที่ช่วยเหลือในการจัดการด้านอื่น ๆ ต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมีความเกี่ยวข้อง โดยเป็น บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตรหรือญาติที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้ค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความหมายและความสำคัญมาในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ยิ่งถ้ามีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ดูแล ผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญมาก และถ้าผู้ดูแลตระหนักรู้เข้าใจถึงอาการของที่เป็นย่อมจะส่งในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้วย ในกรณีที่ผู้เป็นโรคสมองเสื่อม ในระยะแรกที่เขาสามารถจดจำบุคคลรอบกายได้ย่อมต้องการผู้ดูแลต้องการความอบอุ่นใจ ต่อมาในระยะหลังเมื่อผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีอาการเสื่อมมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การดูแลระดับประคับประคองจึงเป็นสิ่งสำคัญ การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอยู่หลายวิธีด้วยกันตามอาการสรุปได้ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; เฉลิมชาติ วรรณพถกษ, 2543) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะดูแลที่บ้านเพราะญาติสนิทจะมีความหมายสำหรับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพราะต้องอดทนกับการพูดซ้ำซากตลอดเวลา ต้องอดทนในการให้เวลากับผู้ป่วยในการดูแลจัดการเรื่องต่าง ๆ ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตลอดจนความขัดแย้งระหว่างบุคคล บุคคลในครอบครัวผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมจะได้รับผลกระทบทั้งในเรื่องแบบแผนชีวิตประจำวัน ความเป็นส่วนตัวและด้านสังคม ผู้ดูแลจึงมักจะประสบปัญหาหลายอย่าง เช่น การสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ความเบื่อหน่าย การถูกทอดทิ้งให้รับภาระดูแลผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งในครอบครัว วิตกกังวล โกรธ และรู้สึกผิดเนื่องจากราคาผู้ป่วย จึงไม่ได้ควบคุมอารมณ์และแสดงสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้น ในการศึกษาบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมในครั้งนี้ จึงได้ศึกษาผู้ดูแลที่บทบาทของผู้ดูแลและมีประสบการณ์การปฏิบัติดูแลต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โรคสมองเสื่อมมีความเสื่อมถอยความสามารถสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ความจำบกพร่องไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ มีปัญหาในการรับรู้ตนเอง สติ การใช้ภาษา อารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถคิดแก้ปัญหาหรือพึ่งพาตนเองได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. ผลกระทบด้านร่างกาย โรคสมองเสื่อมจะเกิดการเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ของสมองเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าความต้องการหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง และเนิ่นนาน (จารุวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่น ไวย, 2545) และต้องการเวลาต่อวัน เพื่อให้การดูแลค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายทรุดโทรมเกิดการเจ็บป่วยตามมา โดยเฉพาะผู้ดูแลบางคนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว กับการรับภาระหนักทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น (ชนพรรณ ลิทธิสุนทร, 2543)

จากการศึกษาของ Kiecolt-Glaser et al. (1987 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ โณ, 2541) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงส่งผลให้เกิดภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดเจ็บป่วยติดเชื้อง่าย ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น ปวดเมื่อยทางคั่นร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดศีรษะเรื้อรัง สุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลโรคสมองเสื่อมมีสุขภาพไม่ดี และการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการอย่างมาก (Thomas, 2002) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเครียดเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999) และพบว่าผลกระทบจากความกดดันทางด้านอารมณ์และร่างกายจะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้วย คือผู้ดูแลมักจะติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนั้นเป็นเรื่องที่ยากยิ่งสำหรับผู้ดูแล และเป็นเรื่องยากยิ่งกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ยังมีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ดูแลได้ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้ดั้นนั้น จึงต้องรับภาระหนักมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาโดยทั่วไป อีกทั้งปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่สร้างความเครียดให้แก่ผู้ดูแลที่ต้องการพึ่งพาโดยทั่วไป อีกทั้งปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ory et al. (1999) พบว่า ผลกระทบของผู้ดูแลโดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลอื่นไม่ใช่โรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความเครียดทางอารมณ์ ความเครียดทางการเงิน และยังสามารถศึกษาเปรียบเทียบครอบครัวผู้ดูแลระหว่างผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นระบบหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้า และพบว่า ร้อยละ 26 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และร้อยละ 24 ของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ใช้จ่ายด้านซึมเศร้า (Clark & King, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.2 ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหนักใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล คิดถึงแต่ปัญหา เกิดความอับอายน้อยใจในสภาพชีวิตของตนเองและรู้สึกผิด (วรรณนิภา สมनावรรณ, 2537)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ความรู้สึกของญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จะมีความสัมพันธ์แสดงออกทางอารมณ์ของญาติ นั่นคือ เมื่อญาติคิดว่าอาการไคของผู้ป่วยเป็นการรบกวนต่อเขาแล้ว เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการเหล่านั้นออกมาก็ย่อมทำให้ญาติแสดงกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งอารมณ์แรงจนเป็นการทารุณกรรม (Rabin, 1998) ด้านผู้ดูแลจะเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพใน 2 ส่วน คือ ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพที่เกิดจากตัวผู้ป่วย และปัญหาทางด้านสัมพันธภาพที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยของโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมประสบกับปัญหาในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล และการที่ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเกิดความเบื่อหน่ายและเกิดความเครียด ซึ่งแสดงออกมารูปแบบการทุตีหรือการทำร้ายด้วยวัตถุหรืออาวุธ การผูกมัดการพูดจาข่มขู่ การขาดความเคารพยกย่อง การกระทำเหล่านี้นับว่าเป็นการทารุณกรรม (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2541)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จากภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดำเนินชีวิตยุ่งยาก เหนื่อยยาก ลำบาก แต่ในบางครั้งก็รู้สึกผิดที่เกิดความรู้สึกเช่นนี้ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการควบคุมอารมณ์ตนเองให้พอดี (อรพินท์ บุญนาค, 2543) การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความเครียดด้านจิตใจมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกาย และความเครียดส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากความผิดปกติด้านสติปัญญาของผู้ป่วย ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรม (Behavior disturbance) ปัญหาทางจิต (Psychiatric symptoms) ปัญหาทางการติดต่อสื่อสาร (Communication problems) ระดับการช่วยเหลือตนเองที่น้อยลง (Increase dependence) ปัญหาด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม (Environmental safety issue) ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) และปัญหาความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver role strain)

ผลกระทบการดูแลผู้ที่เป็น โรคสมองเสื่อม มีผลทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ไม่ว่าทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกยากลำบากและมีภาระมากขึ้น การอดทนต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วเป็นปัญหาทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง ผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติผู้ดูแล พบว่า มีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก คือ ญาติผู้ดูแลได้ทดแทนบุญคุณ เกิดความภูมิใจที่ได้ดูแล รู้สึกใกล้ชิดผูกพัน และยังพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับความรู้จากประสบการณ์ดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งยังสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับญาติผู้ดูแลอื่น ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วย ในด้านร่างกายมากที่สุด โดยทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยรองลงมา เป็นเรื่องพักผ่อนไม่เพียงพอ หงุดหงิดง่าย และวิตกกังวล

ส่วนในด้านสังคม พบว่า ในเรื่องการเมืองเป็นส่วนตัวน้อยลง (พารุณี เกตุกราย, 2550) มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อย ๆ มีการมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกหมดหวัง และว่างเปล่า เนื่องจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีอาการที่จะดีขึ้น รู้สึกหมดแรงและหมดหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาด้านจิตใจสำคัญที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความรู้ดีกว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นเป็นภาระและก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นอันมาก ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงเป็นบุคคลที่ควรให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการประคับประคองจิตใจ เพราะถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหา ผู้ป่วยสมองเสื่อมย่อมมีปัญหาเช่นกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสีย หรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มักแสดงออกให้เห็น โดยการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียน ขาดสมาธิ และสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพทางการทำถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่อออกงานสังคม น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยไว้ตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งมองโลกในแง่ร้าย บางคนอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Westbrook, Kennerley, & Krirk, 2007)

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Beck (1967) หมายถึง รูปแบบของความรู้สึกทางอารมณ์ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายที่เปลี่ยนไปของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตร่วมกับบุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคต นำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดจากประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในอดีตของแต่ละบุคคล ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงแรกนั้นจะกลายเป็นรูปแบบการรับรู้ด้านลบ ซึ่งจะคงอยู่ในตัวบุคคลอย่างสงบชั่วคราวจนกระทั่งถูกกระตุ้นอีกครั้งหนึ่งเมื่อเกิดประสบการณ์ความเครียด (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาวิกฤติในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ และบุคคลเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตแล้วแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด

ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (Beck & Brad, 2009) และหากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะมี ความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็น โรคซึมเศร้าได้ ภาวะซึมเศร้านั้นใช้เรียกอาการของโรคทางจิตเวช (Seligman & Katz, 1996; Sadock & Sadock, 2003) ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า ตามข้อบ่งชี้ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (APA, 1994) โดยที่โรคอารมณ์ซึมเศร้านี้จะมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติทั้งความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และสุขภาพร่างกายไปพร้อม ๆ กัน (ณรงค์ สุภัทรพันธ์, 2543) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการต่อต้านของบุคคล ต่อสิ่งที่มารบกวนหรือก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในการปรับแก้สถานการณ์ความเครียดที่บกร่วงลง อาการจะประกอบด้วยอารมณ์เศร้า ลึกลับ สูญเสียความไม่สบายใจ ความสนใจในการทำกิจกรรมลดลง รู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรง อารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวายใจ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดอ่าน และเคลื่อนไหวช้า (Boyd & Nihart, 1998)

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการสำคัญของภาวะซึมเศร้ามีอาการแสดงออกทางแรงจูงใจ และการแสดงออกทางกาย แสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ดังที่ Beck and Brad (2009) ได้กล่าวไว้ดังนี้ คือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional manifestation) เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งขึ้นอยู่กับระดับของภาวะซึมเศร้า 4 ประการ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางความคิด ก้าวร้าว เพศ อายุ และกลุ่มทางสังคม ลักษณะของภาวะซึมเศร้ามักจะมีอารมณ์หดหู่ ผิดหวัง ซึมเศร้า (Dejected mood) มักจะมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง (Negative feeling toward self) มักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่ดี ไม่เป็นที่รัก ไม่เป็นที่ต้องการของใครเลย และพบความรู้สึกนี้ได้ถึงร้อยละ 86 ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะสูญเสียความพึงพอใจและความปลอบปลืมปิติในตนเอง (Reduction in gratification) ในการรับรู้ต่อสถานการณ์ กิจกรรม หรือบุคคลต่างๆ ในชีวิตประจำวัน แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมหรือสถานการณ์ธรรมดา ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ การทำงานประจำวัน เป็นต้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ที่จะทำให้รู้สึกพึงพอใจ (Loss of emotional attachment) เช่น สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง สัตว์เลี้ยงหรือสิ่งของต่าง ๆ ในชีวิต การแสดงออกทางอารมณ์อีกประการหนึ่งของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกอยากร้องไห้ (Crying spells) ร้อยละ 83 ของผู้รับการบำบัดรายงานว่า เขาร้องไห้บ่อยกว่าก่อนที่จะมีอาการซึมเศร้า และเขารู้สึกว่าต้องร้องไห้แม้ว่าจะไม่มีน้ำตาไหล ออกมาอีกแล้ว ผู้รับการบำบัดมักกล่าวว่า “ฉันไม่รู้ว่าทำไมฉันถึงรู้สึกเศร้า แต่ฉันรู้ว่าฉันจะร้องไห้” ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะสูญเสียอารมณ์รื่นเริง สูญเสีย ความครื้นเครง (Loss of mirth response)

และไม่สามารถมีอารมณ์ขันต่อเรื่องตลกได้ แม้ว่าผู้อื่นจะรู้สึกขำมาก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็รู้สึกว่าจะไม่สามารถหัวเราะได้

2. การแสดงออกทางความคิด (Cognitive manifestation) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงออกทางความคิด มีทัศนคติที่มักจะบิดเบือนต่อตนเอง ต่อประสบการณ์ของตนเอง และต่ออนาคต ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการแสดงออกทางความคิด มักพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดดังต่อไปนี้คือ การประเมินตนเองต่ำ (Low self evaluation) เป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักแสดงให้เห็นถึงการคิดถึงตนเองในทางลบ ทั้งในด้านความสามารถ ศักยภาพ สถิติปัญญา สุขภาพ ความอดทน ความดีใจ การคาดหวังในทางลบ (Negative expectations) เป็นความรู้สึกใกล้เคียงกับความรู้สึกสิ้นหวังมากกว่าร้อยละ 78 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคาดหวังสิ่งต่าง ๆ ในทางลบ และลักษณะการคิดดังกล่าวรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากและอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดของความสิ้นหวังต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการตำหนิตนเอง (Self-blame) และวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) การตำหนิตนเองและวิพากษ์วิจารณ์ตนเองจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความยุ่งยากในการตัดสินใจ (Indecisiveness) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถเลือกทางเลือกที่มีอยู่เพื่อแก้ปัญหา ไม่สามารถเปลี่ยนการตัดสินใจได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการบิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเอง (Distortion of body image) ซึ่งจะเกิดขึ้นได้มากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

3. การแสดงออกทางแรงจูงใจ (Motivation manifestation) พบได้เสมอว่าแรงจูงใจของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะลดลงตามระดับของภาวะซึมเศร้า จนผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ แรงจูงใจที่ลดลง มักเกี่ยวข้องกับการทำงานในอาชีพ ครอบครัว เพื่อน หรือการพักร้อน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะอธิบายว่าแรงจูงใจที่ลดลงเกี่ยวข้องกับการคาดหวังในทางลบและอารมณ์ซึมเศร้า จะไม่มีความสามารถใด ๆ (Paralysis of the will) และมีลักษณะที่ต้องการความช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ จากผู้อื่นมากขึ้น (Increased dependency)

4. การแสดงอาการทางกาย (Physical manifestation) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงทางกายหลายประการ เช่น เชื่องช้าลง ไม่สนใจตนเอง หรือหยุดทำสิ่งต่าง ๆ ให้กับตนเอง (Vegetative) มักจะไม่มี ความอยากอาหาร (Loss of appetite) มีความยุ่งยากในการนอน (Sleep disturbance) สูญเสียความต้องการทางเพศ (Loss of libido) มีความอ่อนล้า (Fatigability) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายมีความรู้สึกแขนขาหนัก ไม่มีแรง หมดแรงที่จะเคลื่อนไหว บางรายเกิดร่วมกับการไม่มีแรงจูงใจ หรือมาด้วยความปรารถนาที่จะทำสิ่งใด ๆ

จากอาการทั้งหมดที่กล่าวถึงจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Moller, Pierce, Roach, Loch, & Shanahan, 1991)

4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณ์ของตน ในบางครั้งความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) อารมณ์ซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้นและมักเป็นในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิดร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพของตนเองปรากฏมากขึ้น มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะละทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลง จนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดลอมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อนไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวังหมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน แทบจะไม่มีการเคลื่อนไหวมักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิวนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่งผุดลุกผุดนั่งไม่สนใจตนเองดูแลตนเองได้ไม่ดี นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวออกจากโลกของความเป็นจริงและมีความคิดหลงผิด (Delusion) ได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นยังอธิบายได้ไม่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายมิติ ได้แก่ การรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ

และประสบการณ์ทางกายภาพ โดยสิ่งที่พบว่าทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้ผู้ดูแล คือ ความคิดด้านลบ (Beck, Levitt, Beck, & Molish, 1961) เช่น ความคิดด้านลบต่อตนเอง เช่น คิดว่าตนเองไร้คุณค่า และเป็นที่ยังเกียจของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Jungbauer, von Cramon, & Wilz, 2003) ความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียว ไม่มีใครเข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นภาวะที่ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอยู่ตลอดเวลา บางครั้งเกิดเป็นความเหนื่อยหน่าย อ่อนล้า จากการดำเนินโรคที่ถดถอยลงอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความจำและพฤติกรรม รวมถึงระยะเวลาการดำเนินโรคที่นาน การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นจึงอาจเกิดปัญหาและเกิดอุปสรรคในการดูแลได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความเครียด จนในที่สุดอาจก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) และภาระการดูแลที่เกิดขึ้น เกิดเป็นภาระและภาวะพึ่งพิงตามมา ซึ่งการเกิดภาระจากการดูแลดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดปัญหาทางสุขภาพกาย เช่น นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น ไม่อยากรับประทานอาหาร หน้ามืด น้ำหนักลด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นท้อง แน่นหน้าอก มีการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดศีรษะเรื้อรัง สุขภาพทางด้านร่างกายทรุดโทรมลง น้ำหนักลด การพักผ่อนไม่เพียงพอได้ (Brown, 1991) และปัญหาสุขภาพใจ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด จุกแฉิวง่าย โกรธ วิตกกังวล คิดถึงแต่ปัญหา เกิดความอับอาย น้อยใจในสภาพชีวิตของตนเอง มีความรู้สึกผิด เป็นต้น (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) นอกจากนี้ยังเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ผิดหวังในผู้ดูแลอีกด้วย (พนัส ชาญญะกิจไพศาล, 2544)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามีหลากหลาย ได้แก่

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ (Genetic theory) เป็นการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา พบว่า ในฝาแฝดเหมือนถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ ฝาแฝดอีกคนมีโอกาสบพบความผิดปกติ ร้อยละ 15 นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการศึกษายีนส์ที่มีความสัมพันธ์การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับ โคลโมโซมคู่ที่ 11 และ 18 (Medina, 2002 cited in Shives & Isaacs, 2002)

2. ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน และนอร์อีพิเนฟริน (Serotonin and Norepinephrine) ในระบบประสาทส่วนกลางลดลง หรือมีผลจากระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) สูงขึ้น โดยเฉพาะจะมีระดับสูงสุดในตอนเช้า พบว่า การไหลเวียนของเลือด (Global blood flow) หรือการ

เผาผลาญกลูโคสมีความสัมพันธ์กับระดับสารชีวในสมองและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Homan & Deveos, 2002 cited in Shives & Isaacs, 2002) นอกจากนี้ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองขณะหลับ เช่น ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ มีอาการตื่นบ่อย และตื่นเช้ากว่าธรรมดา (Vancarolis, 2002)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) การเรียนรู้ปราศจากการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Learned helplessness) นักทฤษฎีที่กล่าวถึงมากที่สุดเกี่ยวกับสาเหตุของความซึมเศร้า (Seligman & Katz, 1996) ซึ่งกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ไม่มีสถานการณ์ใดที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าจะเชื่อ และเรียนรู้ว่าไม่มีใครหรือสิ่งใดสามารถช่วยเขาให้ดีขึ้นได้ (Frisch & Frisch, 2002)

4. ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive theory) โดย Beck (1967) เป็นผู้ริเริ่มและได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (Cognitive behavior modification) ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดย Beck ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ในวัยเด็กประสบการณ์เหล่านี้ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสน และไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จาก 2 ปัจจัย ปัจจัยแรกเมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤติในชีวิต และปัจจัยที่สองบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยเป็นผลมาจากความผิดพลาดกระบวนการคิด บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์แรกในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น ทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาดบิดเบือนจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤติ การประมวลเรื่องราวผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งกระบวนการความคิดทางลบเหล่านี้ จะแสดงออกเมื่อกระตุ้น โคนความเครียด (Beak, 1967; Beck et al., 1979)

อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งไม่สามารถที่อธิบายด้วยทฤษฎีใดได้ทฤษฎีหนึ่ง ซึ่งแนวคิดรูปแบบกระบวนการเกิดความเครียดของ Pearlin et al. (1990) เป็นอีกแนวคิดหนึ่ง ที่ซึ่งนำมาใช้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุม

รูปแบบกระบวนการของความเครียดของ Pearlin

รูปแบบกระบวนการของความเครียด Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายกระบวนการเกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่ง Pearlin กล่าวว่า กระบวนการเกิดความเครียดของผู้ดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร

ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน และบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) ตัวแปรกึ่งกลางของความเครียด (Mediators) และผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัตรและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Seeher, Low, Reppermund, & Brodaty, 2013)

1. ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables)

เป็นข้อมูลพื้นฐานโดยทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะของครอบครัวและเครือข่าย ลักษณะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะความเป็นอยู่โดยทั่วไปและแหล่งประโยชน์ทางด้านต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นต้น

2. สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) แบ่งตามลักษณะของสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เป็น 2 ระดับ ได้แก่

2.1 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ (Primary stressors) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในตนเอง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคสมองเสื่อมหรือความเจ็บป่วย แบ่งออกได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ทางด้านอัตนัย (Objective indicators) ได้แก่ การสูญเสีย การทำหน้าที่ของสมองในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ระดับของความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมองและความคิด การทำหน้าที่ และพฤติกรรมภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแลส่วนตัวบ่งชี้ทางด้านปรนัย (Subjective indicators) ได้แก่ ภาระการดูแลที่หนักอึ้ง หรือการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การมีคนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะกดดันหรือผลักดันให้ผู้ดูแลเกิดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors)

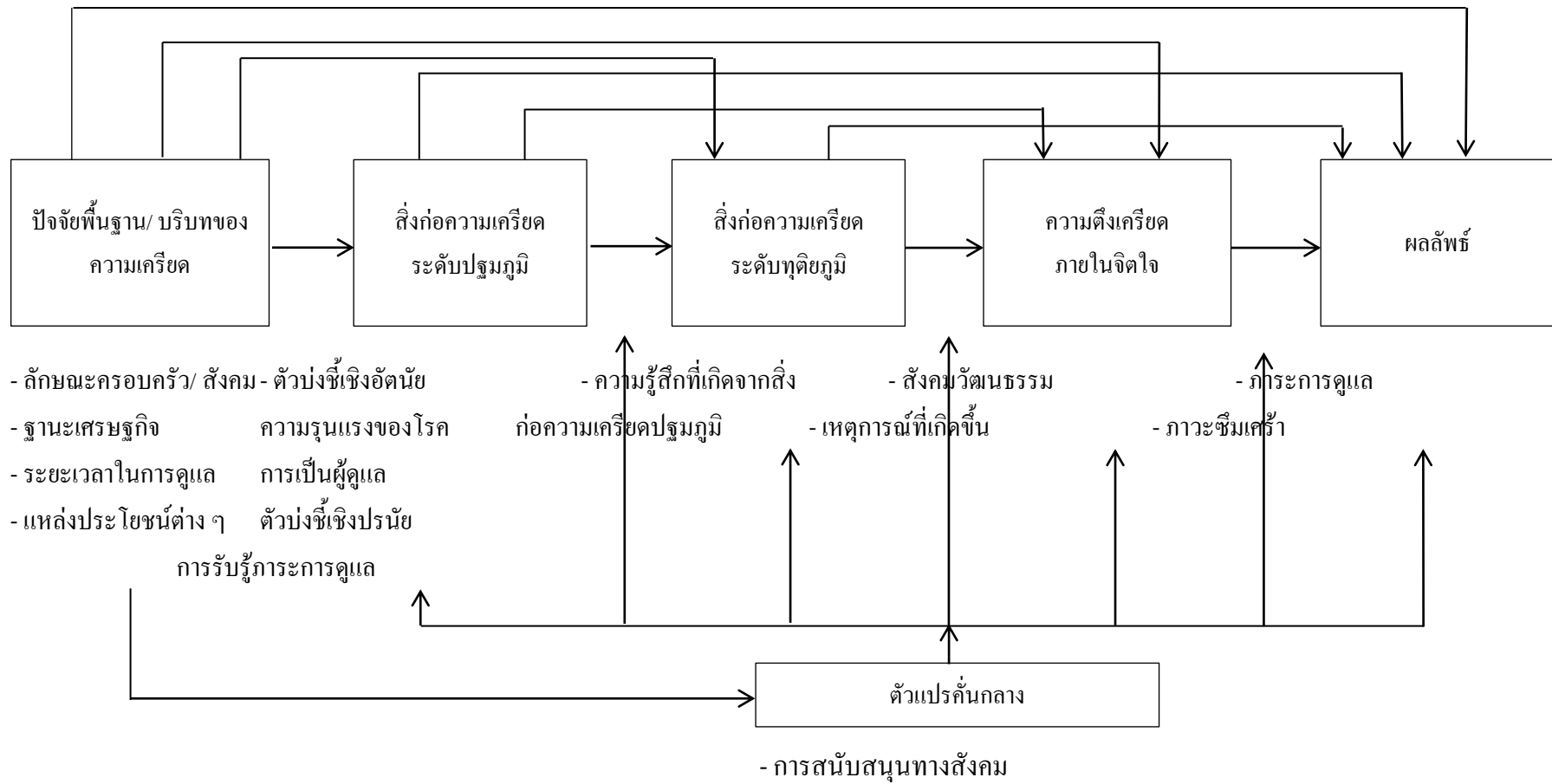
2.2 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors) ซึ่งเป็นความรู้สึกกดดันที่เป็นผลมาจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความตึงเครียดในบทบาท (Role strains) ส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือความพยายามที่จะรักษาสมดุลระหว่างการประกอบอาชีพกับภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และความตึงเครียดภายในจิตใจ (Intrapsychic strains) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองความสามารถในการควบคุมตนเอง การสูญเสียความเป็นตัวเอง และความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีลักษณะของสภาพจิตใจที่เข้มแข็งก็จะมีความรู้สึกกดดันหรือตึงเครียดภายในจิตใจที่ลดลง

3. ตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ได้แก่ ทักษะการเผชิญกับปัญหา (Coping skills) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางในกระบวนการเกิดความเครียดและมีหลากหลายระดับ โดยถ้าผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญปัญหา หรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะช่วยทำให้ประสบการณ์ความเครียดนั้นลดลง แต่ถ้าผู้ดูแลขาดทักษะในการเผชิญปัญหาหรือขาดแรงสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้กระบวนการเกิดความเครียดนั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้น

4. ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเกิดความเครียดในผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การรับรู้การดูแล เป็นต้น หรือบางครั้งอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางกายอื่น ๆ

จากรูปแบบกระบวนการของความเครียดของ Pearlin et al. (1990) สามารถนำมาอธิบายถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโรคสมองเสื่อมได้ว่า จากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่แสดงออก เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ภาวะที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เมื่อผู้ดูแลต้องรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาานาน ๆ ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องให้แก่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามบทบาทหน้าที่ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ซึ่งจากรูปแบบกระบวนการของความเครียดของ Pearlin et al. (1990) เรียกปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้เป็นบริบทของความเครียด เมื่อมีสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น ซึ่งสิ่งก่อความเครียดจะแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ สิ่งก่อความเครียดระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ปัจจัยภายในตัวผู้ดูแลเอง ซึ่งตัวบ่งชี้สามารถแยกออกเป็น 2 ด้าน คือ ตัวบ่งชี้ด้านอัตนัย เป็นผลมาจากการสูญเสียหน้าที่ของผู้ป่วยจากการอาการจิตหรือผลกระทบจากโรคสมองเสื่อมที่เกิด ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องมีการพึ่งพา ผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการดูแล ตัวบ่งชี้ด้านปรนัยเป็นผลมาจากการที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงลำพัง ภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งก่อความเครียดระดับปฐมภูมิของผู้ดูแลเอง สิ่งก่อความเครียดระดับทุติยภูมิ เป็นผลต่อเนื่องมาจากสิ่งก่อความเครียดระดับปฐมภูมิ เกิดเป็นความตึงเครียด ซึ่งความตึงเครียดสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ ความตึงเครียดในบทบาท จากการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่องานของผู้ดูแล และความตึงเครียดภายในจิตใจ เป็นซึ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้สิ่งก่อความเครียดทั้ง 2 ระดับแล้ว ความตึงเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลจากสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี หรือจากเหตุการณ์ สถานการณ์ต่าง ๆ

ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ถ้าผู้ดูแลมีสิ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงจากความเครียด เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นถ้าผู้ดูแลสามารถที่จะควบคุมการรับรู้ต่อเหตุการณ์เพื่อบรรเทาปัญหา โดยมีแหล่งสนับสนุนจากสังคม หรือจากตนเองที่มีสามารถมองถึงปัญหา เข้าใจปัญหาหรือเผชิญปัญหาที่ดี ดูแลอารมณ์ให้อยู่ในขอบเขตที่จัดการได้ มีความเข้มแข็งในการมองโลก สิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยสนับสนุนเหล่านี้ จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหาหรือความเครียดลงได้ ส่งผลต่อความรุนแรงของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังที่กล่าวมามีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นพลวัตรดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค สมองเสื่อม ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรายละเอียดของแต่ละตัวแปรมีดังต่อไปนี้

1. ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นความเชื่อมั่นว่า เหตุการณ์ที่มากระทบตนเองจาก สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกชีวิตคนเรานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย เป็นระบบ ระเบียบ ไม่ยุ่งเหยิง สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ ที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้านั้นมีคุณค่าและคุณค่าที่จะใช้กำลังกายและ สติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ความรู้สึกเหล่านี้เป็นสิ่งที่คงทนอยู่ในตัวบุคคลแต่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ (Antonovsky, 1982) ความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งเป็นคุณลักษณะในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับสิ่งเร้า หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ความเข้มแข็งในการมองโลกยังมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาหรือ ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ สามารถมองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความ เข้าใจ มีเหตุผล มีความหมาย และสามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งสามารถจัดการ กับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่าง กว้างขวางและรอบด้าน มีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในตลอดชีวิตของ บุคคลทั้งจากภายในและภายนอกนั้นมีความหมาย สามารถให้คำอธิบายหรือมีแหล่งประโยชน์ ที่เอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มองเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีคุณค่าที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องหรือ จัดการแก้ไข (เพ็ญดาว จุลบาท, 2551) ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมิน สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 3 องค์ประกอบ (Antonovsky, 1982; เพ็ญดาว จุลบาท, 2551) ดังนี้

1.1 ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคล นั้นมีความเข้าใจและรับรู้สิ่งเร้าหรือความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล นั้นมีลำดับขั้นตอน มีความชัดเจน มีโครงสร้างที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีสามารถจัดลำดับ ให้คำอธิบาย ให้ความเข้าใจและสามารถทำนายได้ แม้ไม่อาจให้คำตอบได้อย่างชัดเจน แต่ก็สามารถ ทำความเข้าใจและให้ความรู้สึกกับสิ่งนั้นได้

1.2 ความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความหมาย เป็นสิ่งที่ท้าทายและมีคุณค่ามากกว่าทำให้ เกิดความยุ่งยาก บุคคลที่มีองค์ประกอบนี้จะสามารถระบุหรือค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น

และสามารถแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

1.3 ความสามารถในการจัดการ (Manageability) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณคลมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะให้ควบคุม หรือจัดการกับสิ่งเร้าหรือความเครียดที่รบกวนชีวิต แหล่งประโยชน์เหล่านั้นอาจมาจากตนเอง บุคคลที่เป็นกลุ่มหรือบุคคลที่ตนคุ้นเคยและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมงาน พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ผู้นำในสังคมของแต่ละบุคคล แพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทำให้ไม่รู้สึกว่าการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่น่ากลัว สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ ไม่หวาดกลัว หรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันทั้งหมด โดยมีแหล่งด้านทานความเครียดทั่วไป (Generalized Resistance Resources [GRRS]) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญไม่เท่ากันก็ตาม แหล่งด้านทานความเครียดทั่วไปตามทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของ (Antonovsky, 1982) เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตสังคม ที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการหรือเผชิญกับปัญหาความตึงเครียดในชีวิตได้ โดยได้รับการกระตุ้นดึงมาใช้ผ่านทางความเข้มแข็งในการมองโลก แหล่งด้านทานความเครียดทั่วไปเป็นคุณลักษณะของบุคคล กลุ่มบุคคล วัฒนธรรมของกลุ่มและของสังคม ที่มีต่อการเผชิญความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความแข็งแกร่งภายในของครอบครัว รวมทั้งแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีในการดูแลผู้ป่วย รับรู้ และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ความยากลำบากที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต (Clark & King, 2003) และเป็นความสามารถของสมาชิกภายในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ที่ยุงยากในชีวิต โดยอยู่ภายใต้ความชำนาญและความเข้มแข็งของบุคคล ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีความคิด ความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในด้านที่ดี (Carey, Biswell, & Witt, 1991) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกกับปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบโดยนักศึกษาแพทย์ชาวอิสราเอล ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำ (Carmel & Bernstein, 1989) นอกจากนี้การศึกษาของ Klang, Björvell, and Clyne (1996) พบว่าผู้ป่วยภาวะยูริเมียก่อนรับการรักษาด้วยการทำไดอะไลซิส ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะมีระดับความวิตกกังวลสูง และรู้ว่าตนเองมีความผาสุกน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ดังนั้นจึงอาจจะสรุปได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยหนึ่งที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานเศรษฐกิจซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit et al., 1986) โดยการดูแลตามแนวคิดของ Zarit et al. (1986) แบ่งออกตามแนวคิดของ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) แบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำงานหน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมดูแล โดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาระการดูแล ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Zarit et al., 1986) โดยผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงสองเดือน (Bull, 1990) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยนาน ๆ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้น ส่งผลให้เกิดการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีปัญหาการนอนหลับ ในลักษณะการถูกปลุกให้ตื่นและระยะเวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Carter, 2003) การนอนไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลสูงขึ้น ผู้ดูแลมีความลำบากใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่อยากจะดูแลผู้ป่วย รู้สึกเครียดและเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวจึงมีผลด้านจิตใจของผู้ดูแล และการรับรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) พบว่า ภาระการดูแลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเกิดความเครียดในผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ มักแสดงออกในรูปของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต การรับรู้ภาระการดูแล หรือบางครั้งอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางกายอื่น ๆ ได้หลากหลาย ทั้งในด้านของปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ทัศนคติต่อการดูแล และพฤติกรรมดูแล เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐาน หรือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยคั่นกลางที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระกับผู้ดูแลได้ โดยผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และพบว่าผู้ดูแลขาดความใส่ใจ หรือความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดได้ (Royal Commission on Electoral Reform, 1991) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

ไม่ได้พักผ่อน ผู้ดูแลมีปัญหาการนอนหลับอย่างรุนแรง โดยมีปัญหาการนอนหลับในลักษณะการถูกปลุกให้ตื่นและระยะเวลาการนอนที่พักผ่อนไม่เพียงพอ (Carter, 2003) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ความรู้สึกที่สับสนคิที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษาภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก พบว่าภาวะการดูแลมีผลต่อเกิดภาวะซึมเศร้า (ปาณิสรา เกษมสุข, 2551)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นรับรู้ของบุคคลถึงความช่วยเหลือจากสังคมเกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการบรรเทาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมของ Weinert (2000) แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. ด้านความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) คือ การทำให้รู้สึกปลอดภัย มั่นคง อบอุ่นมั่นคง ช่วยให้ไม่เกิดความอ้างว้าง โดดเดี่ยว ความสัมพันธ์นี้มักพบในกลุ่มสมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท

2. ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) คือ การที่บุคคลมีเป้าหมาย มีการผูกมิตรกับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ ความคิดเห็น ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีคุณค่า ซึ่งถ้าขาดด้านนี้ไปจะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมและเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3. ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ให้ผู้อื่น (Opportunity of nurturance) คือ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น ให้มีความสุข ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ต้องการ หรือเป็นที่พึ่งพาและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ไปจะพบว่าบุคคลจะเกิดความรู้สึกไร้ค่า

4. ด้านการได้รับรู้ว่าตนมีคุณค่า (Reassurance of worth) คือ การเป็นที่เคารพยกย่องชื่นชม แสดงบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นหรือรู้สึกไร้ประโยชน์

5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำด้านต่าง ๆ คือ การได้รับการช่วยเหลือชี้แนะในด้านต่าง ๆ ที่ช่วยในการแก้ไขปัญหา การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน วัสดุสิ่งของหรือแรงงาน ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ไปจะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่รู้สึกว่าตนเองได้รับการเคารพเอาใจใส่ ประกอบด้วย การที่รู้สึกว่าตนมีคุณค่าต่อผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการใกล้ชิดสนิทสนม มีโอกาสให้

การช่วยเหลือผู้อื่น และได้รับการช่วยเหลือในด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ และอารมณ์อย่างเพียงพอ จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองได้รับการเคารพเอาใจใส่ ประกอบด้วย การที่รู้สึกว่าคุณค่าต่อผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการใกล้ชิดสนิทสนม มีโอกาสให้การช่วยเหลือผู้อื่น และได้รับการช่วยเหลือในด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ และอารมณ์อย่างเพียงพอ การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการมีผู้ให้ความช่วยเหลือ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น จะมีผู้คอยช่วยเหลือ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; พิมพรีก สตินสมบุญรณทอง, 2551; Detprapon, Sirapo-ngam, Merle, Sitthimongkol, & Vorapongsathorn, 2009)

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรขึ้นกลางที่อยู่ระหว่างสิ่งก่อให้เกิดความเครียดทุกข้อมูลกับความตึงเครียดในใจ ซึ่งตัวแปรขึ้นกลางมีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล โดยเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียด จากการดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมและมีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดมากระตุ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ถ้าผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีทักษะการแก้ปัญหาสูงทำให้ความรุนแรงของภาระการดูแลของผู้ดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีตัวแปรขึ้นกลางน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยข้างต้นพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่งผลต่อผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระการดูแล การรับรู้ภาระการดูแลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล การศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระเชิงประนัยของผู้ดูแล โดยแรงสนับสนุนในด้านการให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลเชิงประนัย และเชิงอัตนัย (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) แรงสนับสนุนทางสังคมอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ด้านบวก และมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ด้านลบ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับต่ำ (Duvdevany & Abboud, 2003; Lunskey & Benson, 2001) นอกจากนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ที่เหมาะสม ในการช่วยบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์หรือความตึงเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี พ.ศ. 2558 จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2555 ถึง 2557 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 252, 256 และ 286 คน เฉลี่ยจำนวน 264 คนต่อปี เฉลี่ยจำนวน 22 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia) เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หลาน หรือญาติที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการ คำนวณขนาดจากสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2545) ดังนี้

สูตรของ Thorndike $n \geq 10(k) + 50$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรต้น

จำนวนตัวแปรต้นที่จะศึกษามีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และแรงสนับสนุนทางสังคม แทนค่าตามสูตร ดังนี้

$$n \geq 10(4) + 50$$

$$n \geq 90$$

จากสูตรจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาควรมีอย่างน้อย 90 ราย ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ย้อนหลัง 3 ปี มีจำนวนเฉลี่ย 264 คนต่อปี และมีจำนวน 20 คน ต่อเดือน
2. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากระเบียนประวัติผู้ป่วยนอก จากผู้ที่เป็น โรคสมองเสื่อม ที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิก โรคสมองเสื่อมที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งเปิดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ของทุกสัปดาห์ ที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากสถิติในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ในแต่ละวันจะมีผู้รับบริการเฉลี่ย วันละ 15-20 ราย
3. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ วันละ 2-3 ราย ถ้ากลุ่มตัวอย่างรายใดไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการสุ่มด้วยวิธีการจับสลาก แบบไม่คืนที่ จนเก็บข้อมูลครบ 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม ชนิดเลือกตอบเอง (Self-report questionnaire) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามของข้อมูลส่วนบุคคล 2 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) พัฒนาขึ้นโดย Beck (1967) แปลเป็นภาษาไทยโดย โสรณี โหราสุทธิ และคณะ (2540) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน (Likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-14 และข้อที่ 20 และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายอีก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15-19 และข้อที่ 21 ให้ผู้ป่วยตอบเพื่อกันหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

- 0 คะแนน ไม่เคย
- 1 คะแนน บางครั้ง
- 2 คะแนน บ่อยครั้ง
- 3 คะแนน เป็นประจำ

คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมดจะอยู่ระหว่าง 0-44 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อย นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้ดังนี้

0-9	คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
10-15	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
16-19	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
20-29	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
30-63	คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินฉบับนี้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Split-half reliability ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .91 (โสธรณี โหราสุทธิ และคณะ, 2540)

3. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ (SOC-13) พัฒนาขึ้นโดย Antonovsky (1987) เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการมองชีวิต แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยมีข้อความที่เป็นบวก 8 ข้อ และข้อความที่เป็นลบ 5 ข้อ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เคยรู้สึกเลยจนถึง 7 คือ รู้สึกบ่อยมาก

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 ถึง 91 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ขมขนาด สุ่มเงิน, 2543)

13-39 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ

40-64 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง

65-91 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มประชากรต่าง ๆ โดยมีค่าความเชื่อมั่นในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลประจำการเท่ากับ .85 (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่ากับ .72 (พรนภา หีบจินดา, ธีราภรณ์ จันทร์ดา และบัวหลวง ตำแดงฤทธิ์, 2557) และผู้ดูแลผู้ที่เป็นอัลไซเมอร์เท่ากับ .82 (Zhang, Vitaliano, Lutgendorf, Scanlan, & Savage, 2001)

4. แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview Thai version) พัฒนาโดย Zarit (1990) ตามแนวคิดการดูแลของ Montgomery et al. (1985) และนำมาพัฒนาและแปลเป็นไทยโดย ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) เพื่อใช้ประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

- 4 คะแนน ประจำ
- 3 คะแนน บ่อยครั้ง
- 2 คะแนน บางครั้ง
- 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง
- 0 คะแนน ไม่เคยเลย

การแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0-88 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเท่ากับ .92 (ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554)

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทราภรณ์ ทุงปิ่นคำ และประภาศรี ทุงมีผล (ประภาศรี ทุงมีผล, 2548) ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ โดยวัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรัก ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง ด้านการได้รับการยอมรับของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือ

และทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ ดังนี้

- 7 คะแนน เห็นด้วยอย่างมาก
- 6 คะแนน เห็นด้วย
- 5 คะแนน ค่อนข้างเห็นด้วย
- 4 คะแนน ไม่แน่ใจ
- 3 คะแนน ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
- 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย
- 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 15-105 คะแนน ถ้าคะแนนสูงบ่งบอกว่าการสนับสนุนทางสังคมสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาคเท่ากับ 0.90-0.95 (อรรธรรม วรรณชาติ, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้ตัดแปลงใด ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70 ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.91

แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 0.88

แบบสอบถามการดูแลตัวเองเท่ากับ 0.93

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงทำการวิจัย ในขั้นตอนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจอย่างชัดเจน มีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สิ่งสำคัญคือ ให้ความมั่นใจกับผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าคำตอบ จากการสอบถามนี้ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับ และสุดท้ายผลของการศึกษานี้นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง จะมีการติดต่อข้อมูล เพื่อได้รับการดูแลและลดภาวะซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ขออนุญาตเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. นำหนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และหนังสือพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตามคุณสมบัติเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยคัดเลือกจากเวชระเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีนัดติดตามการรักษา ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จำนวนวันละ 2-3 ราย

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเข้าใจ

5. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ดำเนินการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

6. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดไว้ บริเวณหน้าจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โดยบรรยากาศค่อนข้างเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยใช้เวลา 30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มวิจัยฟังตามข้อคำถามในแบบสอบถามโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ทั้งสิ้น

7. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อคำถามใด ผู้วิจัยอธิบายเพื่อความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ อย่างเป็นมาตรฐานเหมือนกันหมดทุกราย

8. ผู้หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและข้อมูลครบสมบูรณ์ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติเป็นขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบสมบูรณ์ตามที่กำหนด ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยจัดกระทำข้อมูลแล้วจึงดำเนินการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่าง ๆ ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยนำมา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย

2. วิเคราะห์คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ค่าระดับ ความสัมพันธ์ดังนี้ (Munro, 2001)

ความสัมพันธ์ .90 ถึง 1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
ความสัมพันธ์ .70 ถึง .89	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ความสัมพันธ์ .50 ถึง .69	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
ความสัมพันธ์ .26 ถึง .49	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 จำนวน 90 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอในรูปแบบตารางและการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ($n = 90$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	17.8
หญิง	74	82.2
อายุ		
20-29 ปี	9	10
30-39 ปี	9	10
40-49 ปี	33	36.65
50-59 ปี	21	23.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60 ปีขึ้นไป	18	20
(Min = 20, Max = 69 \bar{X} = 47.73, SD = 12.35)		
สถานภาพ		
โสด	20	22.2
คู่	61	67.8
หม้าย	2	2.2
หย่า	1	1.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0
ประถมศึกษา	28	5.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	21.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	19	16.7
ปวส./อนุปริญญา	15	16.7
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	23	25.6
อาชีพ		
งานบ้าน	18	20
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	13.3
เกษตรกร	3	3.3
รับจ้าง	29	32.2
ค้าขาย	15	16.7
อื่นๆ	13	14.4
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000	8	8.9
1,001-5,000	15	17.2
5,001-10,000	15	16.6
10,001-15,000	14	15.5
15,001-20,000	19	21.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20,001 บาทขึ้นไป	19	21.1
สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
บิดา	4	4.4
มารดา	7	7.8
สามี/ ภรรยา	21	23.2
พี่น้อง	2	2.2
บุตร	45	50
หลาน	6	.0
อื่น ๆ	6	5.6
ระยะเวลาที่ดูแล		
6 เดือน-1 ปี	9	10.0
2 ปี-5 ปี	44	38.9
6 ปี-10 ปี	26	28.9
11 ปี-15 ปี	3	3.3
16 ปีขึ้นไป	8	8.8
$(\bar{X} = 6.70, SD = 6.325, \text{Min} = 1, \text{Max} = 30)$		

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 74 คน คิดเป็นร้อยละ 82.2 และเพศชาย 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี ($\bar{X} = 47.73, SD = 12.35$) ส่วนใหญ่สถานภาพมีคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 32.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.10 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ($n = 90$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	46.7
หญิง	48	53.3
อายุ		
40-60 ปี	7	7.7
61-70 ปี	39	43.1
71-80 ปี	31	34.4
80 ปีขึ้นไป	13	14.3
(Min = 40, Max = 96, $\bar{X} = 71.10$, $SD = 10.145$)		
อาชีพ		
งานบ้าน	15	16.7
เกษตรกร	7	7.8
รับจ้าง	6	6.7
ค้าขาย	4	4.4
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	1.1
ไม่ประกอบอาชีพ	57	63.3
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000	70	78.6
1,001-5,000	6	6.7
5,001-10,000	10	11.1
10,001-15,000	2	2.2
15,001-20,000	1	1.1
20,001 บาทขึ้นไป	1	1.1

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และเพศชาย 42 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีอายุเฉลี่ย 71 ปี ($\bar{X} = 71.10$, $SD = 10.145$) ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า

1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.6

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
($n = 90$)

ระดับความรุนแรง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน)	24	26.66
มีภาวะซึมเศร้า	66	73.32
ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน)	18	20.00
ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน)	15	16.66
ระดับมาก (20-29 คะแนน)	28	31.11
ระดับรุนแรง (30-63 คะแนน)	5	5.55

($\bar{X} = 17.30$, $SD = 8.88$ Min = 1, Max = 43)

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.00 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16 มี และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเข้มแข็งในการมองโลก
 ภาวะการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ($n = 90$)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13-91	20-74	54.54	7.26
ภาวะการดูแล	0-88	4-67	33.11	12.83
แรงสนับสนุนทางสังคม	15-105	55-103	76.21	9.19

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 54.54 ($SD = 7.26$) ภาวะการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.11 ($SD = 12.83$) และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.21 ($SD = 9.19$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้

1. ตัวแปรมิระดับการวัดเป็นแบบ Interval หรือ Ratio scale ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มิระดับการวัดเป็น Interval scale
2. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากระชากร (Random sampling) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากระชากรทั้งหมด
3. ข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จากการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่าทางสถิติของข้อมูลทุกตัวแปร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อมูลของทุกตัวแปรมีการแจกแจงตัวแบบปกติ
4. ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จากการทดสอบ โดยใช้ Scatter plot พบว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล พบว่าข้อมูลทุกตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่ามีความสัมพันธ์กันดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ($n = 90$)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	<i>p</i> -value	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะในการดูแล	.628	.000	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.223	.034	ต่ำ
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.135	.204	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.628, p < .05$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.223, p < .05$) และความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ($r = .135, p > .05$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 ราย ที่ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินภาระของผู้ดูแล และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.82, 0.89, 0.92, 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยวิธีสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน หน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 90 ราย เป็นเพศชาย 16 ราย (ร้อยละ 18.0) และเพศหญิง 74 ราย (ร้อยละ 82) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี อายุเฉลี่ย 48 ปี ($SD = 12.57$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 65) รองลงมาเป็นสถานภาพโสด (ร้อยละ 25.0) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31) รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 17) รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 20.0) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมประมาณเฉลี่ยระหว่าง 6 ปี ($SD = 5.86$) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 40) รองลงมาอาศัยอยู่กับสามี ภรรยา (ร้อยละ 19)
2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 17.30, SD = 8.88$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 31 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628$, $p < .001$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.223$, $p > .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .135$, $p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาใช้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 73 ($\bar{X} = 17.30$, $SD = 8.88$) โดยแบ่ง เป็นภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 31 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 20 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 16 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รสรณ์รดี ภาคภากร (2557) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 44.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ได้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และมีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 63 เนื่องจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดูแล การออกงานเพื่อต้องดูแลผู้ป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ รายได้ของผู้ดูแล และทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย การแยกตัวจากสังคม จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Ondee (2013) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ เสาวภา ศรีภูสิตโต (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าระดับปกติถึงรุนแรง โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ร้อยละ 57.84 ระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 28.44 และภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรง ร้อยละ 13.72 ตามลำดับ และการศึกษาของ รสรณ์รดี ภาคภากร (2554) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.8 ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เมื่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่มากขึ้น ความเครียดมากขึ้น นำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคสมองเสื่อม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628$, $p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะในการดูแลสูง มีภาวะซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสูง เมื่อผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนาน ๆ เกิดภาวะอ่อนล้า มีเวลาในการเข้าสังคมลดลง มีความทุกข์ในผู้ดูแล ซึ่งบางครั้งความเป็นส่วนตัวลดลง จึงรับรู้ถึงความเป็นภาระซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปาณิสรา เกษมสุข (2551) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล ส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ สุริสา เต็มทับ (2548) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) ที่กล่าวว่า ภาวะการดูแลเป็นมาจากผลจากกระบวนการความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลได้รับจากภาวะการดูแลผู้ป่วยระยะเวลานาน ภาวะการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยทัศนคติต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย และพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานในตัวผู้ดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด เกิดภาวะดูแล และภาวะซึมเศร้าตามมา เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะในการดูแลสูงจะเชื่อมั่นว่าตนเองนั้นมีภาวะซึมเศร้าสูงด้วย จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาในการนอนหลับ และระยะเวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Carter, 2003) จะเห็นได้ว่าภาระของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยที่ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความยากลำบากในการดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ในสถานการณ์ที่การดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมเหล่านี้มีความด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ปกติได้ ความต้องการการตอบสนองการดูแลจากผู้ดูแลจึงค่อนข้างมาก ทำให้กิจกรรมการดูแลมากขึ้นเช่นกัน ส่งผลต่อให้เกิดภาระที่มาก และส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย สังคม สติปัญญา การงานอาชีพ และจิตวิญญาณเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคสมองเสื่อม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.223$ $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ ภัทรภร วิริยวงศ์ (2551) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32, p > .05$) นอกจากนี้ในการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และวันดี สุทธิรังษี (2547) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -.26, p > .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rautis, Koeske, and Tereshko (1995) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรกลางที่ช่วยลดความเครียด และลดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรัก ความช่วยเหลือ ห่วงใย ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าจากบุคคลจากเครือข่ายสังคม ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดความรู้สึกเครียด เกิดการปรับตัวที่ดี และภาวะซึมเศร้ามลดลง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ พรนภา หีบจินดา และคณะ (2557) ที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกถือเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวของบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้มองโลกตามความเป็นจริง รับรู้ว่าปัญหาทางออก เมื่อต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยก็เชื่อมั่นว่าตนเองจะผ่านพ้นไปได้ อย่างไรก็ตามว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกถือเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการที่จะเผชิญปัญหาหรือผ่านพ้นวิกฤต ยังมีองค์ประกอบอื่นที่เป็นปัจจัยร่วมหรือเป็นตัวแปรคั่นกลางในการลดความรู้สึกตึงเครียด กดดัน หรือทุกข์ทรมานนั้นลงและทำให้บุคคลสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับภาวะซึมเศร้านั้นจำเป็นต้องผ่านตัวแปรคั่นกลางที่หลากหลาย จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้สถิติขั้นสูงในการทดสอบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนนี้เพื่อจะได้เข้าใจพลวัตรของความเครียดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มเสี่ยงและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลทุกราย และควรมีการติดตามภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
2. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการออกแบบหรือพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม หรือลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ลง
3. ข้อมูลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนาย หรือการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติขั้นสูงต่อไป

บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัณหา ปานสมุทร. (2547). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). สมองเสื่อม โรคหรือวัย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- จรรยา ชำรัมย์. (2547). ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของ ผู้ที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณ โณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 24-33.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2544). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย. (2545). การพยาบาลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จำลอง ดิษยวณิช และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม. สงขลานครินทร์เวชสาร, 23(2), 229-237.
- จุรีรัตน์ กอผจญ. (2545). การศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแล รางวัลที่ได้รับจากการดูแล และปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมชาติ วรรณพุกษ์. (2543). วิธีดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชเทวี.

- ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และววรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชมนาด สุ่มเงิน. (2543). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุดตรา ตะบูนพงส์ และวันดี สุทธิรัมย์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(2), 80-89.
- ชุติมา สืบวงศ์ลี. (2544). การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อ.เมือง จ.นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงค์ สุภัทรพันธ์. (2543). *โรคอารมณ์ซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- ทีปประทีน สุขเจียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนพรรณ สิทธิสุนทร. (2543). *การดูแลผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์และปัญหาของผู้ดูแล*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาศรี ท่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2539). *DSM IV ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปาณิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปีติมา ฉายโอกาส. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนัส ัญญะกิจไพศาล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรนภา หีบจินดา, ชีราภรณ์ จันทร์ดา และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2557). ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(2), 92-103.
- พรรณิ จันทรอินทร์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือของญาติที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์รัก สีนสมบูรณ์ทอง. (2551). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียงดาว จุลบาท. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ภัทรกร วิริยวงศ์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2545). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี โรคซึมเศร้า ฉบับละเอียด*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาวุธสาร*, 1(2), 84-92.
- รสรณ์รดี ภาคภากร. (2557). *ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชฎา รักษานาม. (2543). *สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม*. *วารสารพญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(4), 31-37.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2557). *รายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประจำปี 2557*. ชลบุรี: โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.
- วชิรวรรณ สุวรรณไทรย์. (2543). *ความเข้มแข็งในการมองโลกและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). *การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิภาวรรณ ช่อม. (2536). *ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2555). การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: จากการป้องกันถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายการป้องกันภาวะสมองเสื่อม. ใน อภินิธิ ศรีวิจิตรกมล, วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย และรุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2555* (หน้า319-325). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพหุสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(4), 15-20.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: วิ. พรินท์ (1991).
- สกวรัตน์ เทพประสงค์. (2548). *อุปสรรคของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อิศรสมบัติ และพรรณวดี พุชวัฒน์. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตอาชารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. (2544). *เปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, สมจิต หนูเจริญกุล, ทศนา บุญทอง, สุจิตร์ เหลืองอมรเลิศ และธวัชชัย วรพงศธร. (2537). *แบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(1), 41-53.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สถิติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยประจำปี 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2543). สมองเลื้อมรู้ได้อย่างไร. *หมอชาวบ้าน*, 21(250), 9-15.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2541). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2547). ประสบการณ์การทารุณกรรมผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(1), 1-20.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). *การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: สภาอากาศไทย.
- สุธิสา เต็มทับ. (2548). อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุปราณี สมบูรณ์. (2548). *ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2547). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสธรณี โหราสุทธิ, ศิริพงษ์ โปธิศักดิ์ และแจก แกนเดอร์. (2540). Thai version of the Beck depression inventory (BDI). *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 22-28.
- อรพินท์ บุญนาค. (2543). *โรคสมองเสื่อมในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2546). คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์: ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารคลินิก*, 19(6), 473-477.
- อรวรรณ แผนคง. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล สันนิบาตทางสังคมและการรับรู้*
ตราบายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*
 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- Alzheimer's Disease International. (2010). *The global economic impact of dementia*. London,
 UK: Alzheimer's Disease International (ADI).
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental*
disorder (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andren, S., & Elmstahl, S. (2008). Psychosocial intervention for people with dementia reduces
 caregiver's burden: Development and effect after 6 and 12 months. *Scandinavian*
Journal of Caring Sciences, 22(1), 98-109.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay*
well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinic, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber
 Medical Division.
- Beck, A. T., & Brad, A. A. (2009). *Depression causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia:
 University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*.
 New York: The Guilford Press.
- Beck, S. J., Levitt, E. E., Beck, A. G., & Molish, H. B. (1961). Rorschach's test I basic processes.
Journal of Medical Education, 36(7), 846.
- Beeber, L. S. (1998). Testing depression through the therapeutic client relationship. *Nursing Clinic*
of North America, 33(1), 153-172.
- Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to
 fix it. *PLoS Med*, 3(10), e294.
- Boyd, M. A., & Nihart, M. A. (1998). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. Philadelphia:
 Lippincott.

- Brandt, P., & Wienert, C. (1981). PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*, 277-280.
- Brien, J., Ames, D., & Burns, A. (2000). *Dementia* (2nd ed.). New York: Oxford University.
- Brown, P. L. (1991). The burden of caring for a husband with alzheimer's disease. *Home Health Care Nurse, 9*(3), 33-38.
- Buchi, S., Sensky, T., Allard, S., Stoll, T., Schnyder, U., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (1998). Sense of coherence--a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatol, 25*(5), 869-75.
- Bull, M. J. (1990). Factor influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research, 12*(6), 758-776.
- Cameron, J. L., Cheung, A. M., Streiner, D. L., Coyte, P. C., & Stewart, D. E. (2006). Stroke survivors' behavioral and psychologic symptoms are associated with informal caregivers' experiences of depression. *Arch Phys Med Rehabi, 87*(2), 177-83.
- Carey, A. B., Biswell, B. L., & Witt, J. W. (1991). *Methods for measuring populations of arboreal rodents*. Portland, OR: U. S. Department of Agriculture, Forest Service, Pacific Northwest Research Station.
- Carmel, S., & Bernstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological Reports, 65*, 221-222.
- Carter, P. A. (2003). Family caregivers 'sleep loss and depression overtime. *Cancer Nursing, 26*(4), 253-259.
- Clark, P. C., & King, K. B. (2003). Comparison of family caregivers stroke survivors and person with alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(2), 45-53.
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1990). Psychotropic drug use among caregiver of patients with dementia. *Am Journal Geriatric Soc, 38*, 277-235.
- Denno, M. S., Gillard, P. J., Graham, G. D., DiBonaventura, M. D., Goren, A., Varon, S. F., & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*, 1731-1736.

- Detprapon, M., Sirapo-ngam, Y., Merle, H. M., Sitthimongkol, Y., & Vorapongsathorn, T. (2009). Testing of uncertainty in illness theory to predict quality of life among Thais with head and neck cancer. *Thai Journal of Nursing Research*, 13(1), 1-15.
- Diden, R., Duker, P. C., & Korzilius, H. (2002). Meta-analytic study on study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Redardation*, 101, 387-399.
- Duvdevany, I., & Abboud, S. (2003). Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(Pt 4-5), 264-72.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives'. *European Journal of Cancer Care*, 9, 8-15.
- Fimkel, S. L. (2001). Behavioral and psychological symptom of dementia: A current focus for clinician, research and caregiver. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 3-6.
- Forlaw, L. (1991). The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiver family. *Nursing Research*, 44(3), 139-146.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2002). *Psychiatric mental health nursing: Understanding the client as well as the condition* (2nd ed.). Albany: Delmar.
- Fung, W. Y., & Chien, W. T. (2002). The effectiveness of a mutual support group of family caregiver of a relative with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 134-144.
- Gwyther, L. P., & George, L. K. (1986). Caregiver for dementia patient: Complex determinant of well-being and burden. *The Gerontologist*, 26(9), 245-249.
- Hatano, S. (1973). *Control of stroke in the community: Methodological considerations and protocol of WHO register*. Geneva: World Health Organization.
- Jungbauer, J., von Cramon, D. Y., & Wilz, G. (2003). Long-term life changes and stress sequelae for spouses of stroke patients. *Nervenarzt*, 74(12), 1110-1117.
- Klang, B., Björvell, H., & Clyne, N. (1999). Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 869-876.

- Laitien, P., & Isola, A. (1996). Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: Informal caregivers perception. *Journal of Advance Nursing*, 23(5), 942-947.
- Lucilla, F. (2000). The rapeutic opinion in dementia. *J. Neurol*, 247, 163-168.
- Lunsky, Y., & Benson, B. A. (2001). Association between perceived social support and strain, and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(Pt 2), 106-14.
- Magliano, J. P., & Schleich, M. C. (1998). Verb aspect and situation models. *Discourse Process*, 29(2), 83-112.
- McKenna, R. J. (1994). Clinical aspects of cancer in elderly. Treatment decisions, treatment choices and follow up. *Cancer*, 74, 2107-2117.
- Moller, M. D., Pierce, A., Roach, R., Loch, E., & Shanahan, C. (1991). Psychiatric nursing education in Nebraska: 1989-1990. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(4), 343-357.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Moore, S. L., & Munro, M. F. (1990). The Neuman system model applied to mental health nursing of older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 293-299.
- Morimoto, T., Andrea, S. S., & Hitoshi, A. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Charg, A. S., & McCubbin, M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Ondee, P., Panitrat, R., Pongthavornkamol, K., Senanarong, V., Harvath, T. A., & Nittayasudhi, D. (2013). Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 167-180.
- Ory, M. G. (1999). *Health promotion nursing practice* (2nd ed.). Norwalk: Appleton Lange.

- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of care giving: A detailed comparison between dementia and non dementia caregivers. *The Gerontologist, 39*(2), 177-185.
- Oxman, T. E., Barrett, J. E., Sengupta, A., & Williams, J. W. Jr. (2000). The relationship of aging and dysthymia in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 8*, 318-26.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry, 138*, 332-335.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist, 30*, 583.
- Polit, D. E., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prochaska, O. J., & DiClemente, C. C. (1982). Tran theoretical theory: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research and Practice, 19*(3), 390-395.
- Rabin, P. U. (1998). Psychosocial aspects of dementia. *Journal Clinic Psychiatry, 49*(1), 29-31.
- Rabins, P. V., Mace, N. L., & Lucas, M. J. (1982). The impact of dementia on the family. *Journal of America Medical Association, 248*, 333-335.
- Rauktis, M. E., Koeske, G. F., & Tereshko, O. (1995). Negative social interactions, distress, and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. *American Journal of Community Psychology, 23*(2), 279-299.
- Royal Commission on Electoral Reform. (1991). *Report*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schulz, R., McGinnis, K. A., Zhang, S., Martire, L. M., Hebert, R. S., Beach, S. R., & Belle, S. H. (2008). Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 22*(2), 170.
- Seeher, K., Low, L., Reppermund, S., & Brodaty, H. (2013). Predictors and outcomes for caregivers of people with mild cognitive impairment: A systematic literature review. *Alzheimer Dement, 9*, 346-355.

- Seligman, C., & Katz, A. N. (1996). The dynamics of value systems. In C. Seligman, J. M. Olson, & M. P. Zanna (Eds.), *The psychology of values: The ontario symposium* (pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shives, L. R., & Isaacs, A. (2002). *Basic concept of psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Thomas, L. (2002). *Impact on families*. Retrieved from <http://www.burdencommunication.htm>
- Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tyerman, A., & Boot, J. (2001). Family interventions after traumatic brain injury: A Service example. *Neuro Rehabilitation*, 16, 59-66.
- Varcarolis, E. (2002). *Foundations of psychiatry mental health nursing a clinical approach* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Weiland, S., & Shellenbarger, T. (2002). Family caregiving at home. *Home Healthcare Nurse*, 20(2), 113-119.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Krirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behavior therapy: Skills & applications*. Philadelphia: Sage.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Zarit, S. H. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park, PA: Penn State University Gerontology Center.
- Zarit, S. H., Antony, C. R., & Boutselis, M. (1987). Intervention with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychological and Aging*, 2(3), 225-232.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregiver: A longitudinal study. *The Gerontological Nursing*, 2(6), 245-249.
- Zhang, J., Vitaliano, P. P., Lutgendorf, S. K., Scanlan, J. M., & Savage, M. V. (2001). Sense of coherence buffers relationships of chronic stress with fasting glucose levels. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 33-55.

Zhang, M. Y., Katzman, R., Salmon, D., Jin, H., Cai, G. J., Wang, Z. Y., Qu, G. Y., Grant, I., Yu, E., & Levy, P. (1990). The prevalence of dementia and alzheimer's disease in Shanghai, China: Impact of age, gender, and education. *Ann Neurol*, 27(4), 428-37.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล
แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

รหัสจริยธรรมการวิจัย 08-05-2558

ชื่อผู้วิจัย นางอมรา ชูพลศักดิ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก
ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
โดยเป็นบิดา มารดา พี่น้อง ญาติ หรือสามี ภรรยา ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วย
โรคสมองเสื่อมมารับยาหรือมาพบแพทย์ตามนัด หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จังหวัดชลบุรี 3) สามารถอ่าน เขียน
และสื่อสารภาษาไทยได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมการวิจัย
ทั้งหมด 80 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามข้อมูลและ
ความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน จำนวน 5 ฉบับ โดยจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ซึ่งจะใช้เวลาในการ
ตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อให้ตรงกับสภาพ
ความเป็นจริงของท่านและการบันทึกรายละเอียดลงในแบบสอบถามที่ตรงกับคำตอบของท่าน หาก
ท่านไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยในข้อคำถามใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และผู้วิจัยจะอธิบายเพื่อความ
กระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ

ประโยชน์ที่จะได้รับด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล
ในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
ด้านการศึกษาสำหรับอาจารย์ในสถาบันการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษาไปประกอบการเรียนการสอน
เกี่ยวกับการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ ด้านการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทาง
สำหรับนักวิชาการและนักวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และด้านการบริหารและนโยบายสามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในโรงพยาบาลในการพัฒนาความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ ท่านสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า โดยการปฏิเสธของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ กับวิถีชีวิต การดูแล หรือการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ท่านในครั้งนี้จะมีการเก็บไว้อย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ โดยใส่รหัสแทน และจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ผู้วิจัยคือ นางอมรา ชูพลศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-6663871 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา คือ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 038-102854

นางอมรา ชูพลศักดิ์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก
ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการทบทวน ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางอมรา ชูพลสัตย์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางอมรา ชุพลสัตย์)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัส.....

แบบสอบถามชุดนี้สำหรับการวิจัยเรื่อง
“ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม”

.....
คำชี้แจง ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระของผู้ดูแล
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน
ช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส

() 1. โสด	() 4. หย่า
() 2. คู่	() 5. แยกกันอยู่
() 3. หม้าย	
4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
() 2. ประถมศึกษา	() 5. ปวส./ อนุปริญญา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	() 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ

() 1. งานบ้าน	() 4. รับจ้าง
() 2. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	() 5. ค้าขาย
() 3. เกษตรกรรม	() 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ

() 1. บิดา	() 5. เพื่อน
() 2. มารดา	() 6. บุตร
() 3. สามี/ ภรรยา	() 7. หลาน
() 4. พี่น้อง	() 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง คำถามชุดนี้เกี่ยวกับชีวิตของบุคคลในมุมมองต่าง ๆ แต่ละคำถามมีคำตอบที่เป็นไปได้ 7 ข้อ โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่เป็นคำตอบของท่าน โดยที่เลข 1 และเลข 7 อาจจะเป็นคำตอบที่มากที่สุดหรือน้อยที่สุด ถ้าข้อความได้เลข 1 ถูกต้องสำหรับท่าน ให้ท่านเขียนวงกลมรอบเลข 1 ถ้าข้อความได้เลข 7 ถูกต้องสำหรับท่าน ให้ท่านเขียนวงกลมรอบเลข 7 แต่ถ้าไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ขอให้เลือกรวมรอบตัวเลขที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ท่านสามารถเลือกตัวเลขใด ๆ ก็ได้ระหว่าง 1 ถึง 7 โปรดเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

ตัวอย่าง เพื่อนสนิทที่สุดของคุณเคยทำให้คุณ โกรธบ้างหรือไม่

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยเลย						ตลอดเวลา

ท่านเลือกเลข 2 หมายความว่า เพื่อนสนิทของท่านแทบไม่เคยทำให้ท่าน โกรธเลย

ข้อที่	เนื้อหา	หมายเหตุ
1	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวท่านบ่อยเพียงใด	
	1 2 3 4 5 6 7	
	ไม่เคยมีความรู้สึกนี้	มีความรู้สึกเช่นนี้เสมอ
2	ในอดีตที่ผ่านมาท่านเคยพบกับความแปลกใจ ในการกระทำของบุคคล ซึ่งท่านคิดว่ารู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างหรือไม่	
	1 2 3 4 5 6 7	
	ไม่เคยพบเลย	เคยพบอยู่เสมอ
	
	
	
	
	
13	ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้บ่อยแค่ไหน	
	1 2 3 4 5 6 7	
	น้อยมาก	น้อยมากหรือ ไม่มีเลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิต หรือความรู้สึกต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่อธิบายเกี่ยวกับตัวคุณได้ตรงที่สุด

ประจำ	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำสม่ำเสมอ (ร้อยละ 76-100)
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51-75)
บางครั้ง	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 26-50)
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นน้อยครั้ง (ร้อยละ 1-25)
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ท่านไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ภาวะการดูแลของผู้ดูแล	ความถี่ของการเกิดความรู้สึกจากการดูแลของผู้ดูแล				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
.....					
.....					
.....					
.....					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านอาจจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อคำถามข้างล่างต่อไปนี้ บางคนเห็นด้วย และบางคนไม่เห็นด้วย กรุณาอ่านแต่ละข้อ

คำถาม และ ข้อที่คุณพึงพอใจมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ไม่เห็นด้วย
3. ไม่เห็นด้วยบางส่วน
4. ไม่แน่ใจ
5. เห็นด้วยบางส่วน
6. เห็นด้วย
7. เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกปลอดภัย	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ 2. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่มีความสำคัญ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ 3. คนทั่วไปบอกว่าฉันทำงานได้ดี (งาน, งานบ้าน)	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ 14 ฉันมีคนที่ร่วมงานสังคมและงานรื่นเริงต่าง ๆ ด้วย	1	2	3	4	5	6	7
ข้อ 15 ฉันรู้สึกว่าคงเป็นที่ต้องการของคนอื่น ๆ	1	2	3	4	5	6	7

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จดหมายขอเก็บรวบรวมข้อมูล



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

Relationships between Sense of Coherence, Burden, Social Support and Depression among Caregivers of Dementia Patients

ชื่อนิติ นามอมรา ชูพลศักดิ์

รหัสประจำตัวนิติ 53920655 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 08 - 05 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 80 ราย สถานที่เก็บรวบรวม

ข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 8 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/๑๗๗๒



เลขที่	๐๑๖๖๕	วันที่	๑๘ พ.ค. ๕๕
ที่	๑๖๖๕	เวลา	๑๕.๒๘ น.
เรื่อง	เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย		

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ สธ ๖๖๐๓/๑๐๒๖ ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๕๕

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นางอมรา ชูพลสิทธิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางอรวรรณ วรรณชาติ, นางสาวทูลภา บุญผาสังข์ และ นางสาวชวนชม วงศ์ไชย ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดียินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์ขันธ์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	-รองอธิการบดี
15Ab	-อธิการบดี
10 พค. 58	-คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
11.49ท.	-คณบดีคณะวิทยาศาสตร์
	-คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
	-คณบดีคณะมนุษยศาสตร์
	-คณบดีคณะสังคมศาสตร์
	-คณบดีคณะบริหารศาสตร์
	-คณบดีคณะศิลปกรรมศาสตร์
	-คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
	-คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๕๓๗/๑๐
ที่ ศร ๖๖๐๗/๗๒๕ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามหนังสือที่ ศร ๖๖๐๗/๗๒๕ ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ท่านได้ขออนุญาตให้ นางอมรา ชูพลสัถย์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัย
เรื่อง “การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี
ทูลศิริ เพื่อประกอบการทำการวิจัยฯ ความทราบแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ
วิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ทพ/11๖5 คณ.ศ.กรภิน ทพ
(ปรภคณบดีฯ)

ทพ/11๖๖๐.ทพ/พันา นกั ทพ

ทพ (ทวอภ) ทพ

เรียน คณบดี

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์อนุญาตให้นิสิต นางอมรา ชูพลสัถย์
หลักสูตรพยาบาลศาสตรศึกษบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตฯ ให้ใช้เครื่องมือ
เพื่อการวิจัยของ ผศ.ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ เพื่อประกอบการทำการวิจัยฯ โดย
ขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้ง รองคณบดีฝ่ายบัณฑิต งานบัณฑิตแจ้ง
นิสิตดังกล่าวทราบ และ ผศ.ดร.ชนัญชิตาคุชฎี เพื่อทราบต่อไป

๑๐ พ.ค. ๕๘

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๙๙๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางอมรา ชูพลสัตย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม” โดยมี ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางละมุง จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม – ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๖-๖๖๖๓๘๗๑

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๙/๙๗



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยของนิสิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางอมรา ชูพลลัษย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม” โดยมี ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่หาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน ๘๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๖-๖๖๖๓๘๗๑