

# ปัจจัยที่ทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน\*

## FACTORS PREDICTING THE BURDEN IN FAMILY CAREGIVERS OF DEMENTIA PATIENTS

ภาวดี เหมทานนท์

Pawadee Hamtanon

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Thailand

กิตติพร เนาว์สุวรรณ

Kittiporn Nawsuwan

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Thailand

E-mail: pawadeehh@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ในเขตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ด้วยโรค F00 – F04 โดยใช้เกณฑ์การจำแนกโรคระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพ ฉบับ 10 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน วันละไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 365 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน แบบสอบถามมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .926, .845, และ .894 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบทีละขั้นตอน

### ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ในเขตภาคใต้ หรือตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ ปัจจัย มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ภาวะซึมเศร้า อายุของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน โดยสามารถอธิบายความแปรปรวน

---

\* Received 30 August 2019; Revised 16 November 2019; Accepted 18 November 2019



ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 47.10 ( $R^2 = .471$ ,  $p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านจะอยู่ในระดับสูงเมื่อผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า มีอายุมาก และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลมาก แต่ถ้าผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล จะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้

**คำสำคัญ:** ความรู้สึกเป็นภาระ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยสมองเสื่อม, มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

## Abstract

This descriptive correlation aimed to study the factors to predict the burden in family caregivers of dementia patients. The sample were family caregivers of dementia patients who receive service at Suansaranrom hospital and Songkhla Rajanagarindra Psychiatric hospital. A Simple sampling of 365 subjects was used. They spent six hours plus per day in providing care for a minimum of six months for patients diagnosed with dementia (F00-F04), using the International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) criteria. The instrument were questionnaires of caregivers' burden of dementia patients, positive aspects of caregiving, and the depression screening. The reliability by using Cronbach's alpha coefficient were .926, .845, and .894 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

### The results revealed that:

The factors that predicted the sense of burden of family caregivers of dementia patients or the variables that entered the equation were the positive aspect of caregiving, depression, age of caregiver and number of hours of care per day which could explain the variance of caregivers' burden of dementia patients 47.10% ( $R^2 = .471$ ,  $p < .001$ ) with statistical significance at .001 level.

Sense of burden in caregivers of dementia patients have a high level when the caregivers have depression, older, and more hours to care for. If t dementia caregivers have a positive aspect of caregiving, that reduce sense of burden.

**Keyword:** Sense Of Burden, Depression, Dementia Patients, Positive Aspect Of Caregiving



## บทนำ

สมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุของความพิการและการพึ่งพา มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 50 ล้าน และจะมีมากกว่า 150 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization, 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่า มีความชุกร้อยละ 2 – 10 (วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559) ในปี พ.ศ. 2557 การสำรวจ พบว่ามีความชุก ร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนประมาณ 600,000 คน จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 ล้าน ในอีก 20 ปี และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุก 10 ปี โดยผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องของความจำระยะสั้นร่วมกับความบกพร่องของการทำงานของสมอง เช่น ขาดสมาธิและความสนใจ ความบกพร่องด้านการจัดการสิ่งต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และระดับการพึ่งพาจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย โดยแนวทางการรักษาในปัจจุบันที่เชื่อว่า ผู้ดูแลที่บ้าน คือ กุญแจสำคัญของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70 - 80) ได้รับการดูแลที่บ้าน (Brodaty, H., & Donkin, M, 2009) ถึงแม้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนี้ในบางครั้งอาจจะมีการแบ่งกันในสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อน แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีการดูแลโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงคนเดียวมากที่สุด การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องใช้เวลาที่มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมอื่น ๆ (Gulin, S. L., Peralta, et al., 2018) อีกทั้งเป็นงานที่ยุ่งยากและเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากที่จะก้าวผ่าน ในแต่ละวันผู้ดูแลต้องเผชิญกับสิ่งที่ทำลายกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถและพฤติกรรมใหม่ ๆ ของผู้ป่วย เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลานานจะส่งผลให้ผู้ดูแลที่บ้านเกิดภาวะทุกข์ทั้งทางกายและทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด การนอนที่แปรปรวน ภาวะซึมเศร้า และภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่น ๆ และเป็นความเสี่ยงในที่จะกลายเป็นความรู้สึกเป็นภาระ (Rose, K., & Lopez, R, 2012)

แนวคิดของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) เป็นผลกระทบที่สำคัญที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่ง ทริมอนต์ (Tremont, G, 2011) ได้แบ่งภาระจากการดูแลออกเป็น ด้านวัตถุวิสัย (Objective aspect) เช่น เวลา และการดูแลด้านร่างกาย ส่วนอีกด้านคือ ประสบการณ์ทางอัตวิสัย (Subjective experience of caregiving) เช่น ปฏิกริยาทางการรับรู้และอารมณ์ต่อการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าระดับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะเกิดภาวะคับข้องใจจากการที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจกับผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำผู้ดูแลได้ รวมไปถึงผู้ป่วยทำร้ายผู้ดูแล และปัญหาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การไม่สามารถกลั้นอุจจาระและปัสสาวะได้ ความสามารถทางกายที่ลดลง กล่าวได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลที่บ้านรู้สึกเป็นภาระ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย และด้านผู้ดูแล โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่



พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ภาวะพร่องในการดูแลตนเอง/การสนับสนุน ความผิดปกติของการทำหน้าที่เชิงรู้คิด (Wijngaart, V. D., Vernooij-Dassen, F. J. & Felling, A, 2007) ภาวะพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่เชิงรู้คิด ทำให้ภาวะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (Kim, H., Chang, M. et al., 2012) (Bruvik, F. K., Allore, H. G. et al., 2013) ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง (Galluccio, L., Siddiqi, N. et al., 2002) มีความรู้สึกเป็นภาระได้มากและเกิดขึ้นได้บ่อย การที่ผู้ดูแลต้องการให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน นอกจากนี้ ชัมเบลอร์ และคณะ (Chumbler, N. R., Grimm, J. W. et al., 2003) พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ที่มีภาระในการดูแล

นอกจากนี้ เฮลเกิแมน เอเลน เดอคอสเตอร์ และเบอกิโอ (Hilgeman, M. M., Allen, et al., 2007) ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ในการดูแลในลักษณะเชิงบวกจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ลดภาวะทุกข์ใจจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลกิจกรรมในแต่ละวันอยู่ในระดับต่ำ โดย ซีเมียติน และโอคอนเนอร์ (Semiatin, A. et al., 2012) เรียกว่ามุมมองเชิงบวก ที่จะเป็นเสมือนตัวกันชนกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการรักษา เป็นปัจจัยช่วยป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล และจะช่วยสร้างและคงไว้ซึ่งความสมดุลในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการปรับตัว เกิดสุขภาพและส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ในเขตภาคใต้ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ปัจจัยมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และปัจจัยภาวะซึมเศร้า

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design)

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การจำแนกโรคระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพ ฉบับ 10 ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งในปีงบประมาณ 2558– 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการ ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ ปีละ



เฉลี่ยประมาณ 1,500 ราย โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลัก 1 คน จึงมีประชากรในการวิจัยครั้งนี้ 1,500 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 - พฤษภาคม 2560 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (ประสพชัย พสุนนท์, 2556) ในการประมาณค่าสัดส่วนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 306 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่าง 368 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการเก็บข้อมูล 3 วันต่อสัปดาห์ ได้วันจันทร์ อังคาร และพฤหัสบดี และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาในวันดังกล่าว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลหลัก โดยไม่คิดค่าตอบแทน ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 และผู้ป่วยมีคะแนนระดับ < 11 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE - Thai 2002) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน และเป็นเวลานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้ต้องเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องกัน

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ในครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน

2. แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ซึ่งพัฒนาโดยซาริต และซาริต (Zarit, S. H., & Zarit, J. M, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ (ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2554) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 มีจำนวน 22 ข้อ มี 4 องค์ประกอบคือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน โดยคะแนนรวม 0 - 21 คะแนน หมายถึงไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21 - 40 คะแนน หมายถึงเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึงเป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61 - 88 คะแนน หมายถึงเป็นภาระมาก และผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .8963. แบบสอบถามมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ และศึกษาแนวคิดของ เกธ, โกรเวอร์, คุลฮารา และเนห์รา (Kate, N., Grover, S. et al., 2012) ซึ่งได้สร้างเครื่องมือ The



Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: SPACE ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถาม พิจารณาให้คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยข้อคำถามมีทั้ง ความหมายทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 44 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลมีจำนวน 14 ข้อ 2) แรงจูงใจในการดูแล จำนวน 13 ข้อ 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแลจำนวน 8 ข้อ และ 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจำนวน 9 ข้อ

การแปลความหมายคะแนนมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลทั้งรายด้านและโดยรวม เป็นไปตามเกณฑ์ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลต่ำมาก

ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม ฉบับที่สร้างเสร็จให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้ ภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ในแต่ละด้านเป็นรายข้อ และ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดที่สร้างขึ้น (Item - Objective Congruence Index: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 และไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วย สมองเสื่อมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ ไม่ได้ใช้ในการศึกษาจริง แต่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้แบบวัดมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมุมมองเชิงบวกทั้ง ฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าเท่ากับ .845

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า นี้พัฒนาขึ้นโดย Center for Epidemiologic Studies และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดวงใจ กสานติกุล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับระดับอารมณ์เศร้าในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และอาการ ทางกาย โดยเป็นคำถามทางบวก 4 ข้อ และคำถามทางลบ 16 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนน ระหว่าง 0 - 3 คะแนน มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0 - 60 คะแนน (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2555) โดยแบบประเมิน CES-D ฉบับภาษาไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนในคนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 20.4 (S.D. = 5.8) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และแบบวัดนี้ ตริยา เลิศหัตถศิลป์ ได้นำมาใช้ ในการศึกษาเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มา รับ การรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ” (ตริยา เลิศหัตถศิลป์, 2555) พบว่า



จุดตัดคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และผู้วิจัยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พาผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ในการศึกษาจริง แต่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้แบบวัดมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมุมมองเชิงบวกทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าเท่ากับ .894

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งแล้ว ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แจ้งสิทธิ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินดีต่อการเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและไม่มีผลกระทบต่อมาตรฐานรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างคนใดมีข้อสงสัย สามารถซักถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา และกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยอ่านตามเอกสารทุกข้อ ไม่มีการแปลความ หลังจากนั้นผู้วิจัยก็ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด 368 ชุด เมื่อผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าใช้ได้ จำนวน 365 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.18 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่นำเข้าเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, J. F., Black, W. C. et al., 2014) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้น



2.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตรและอยู่ระหว่าง  $\pm 3$

2.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .838 – .977 และค่า VIF ระหว่าง 1.024 – 1.194

2.4 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Non - autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.832

### จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ 028/2559 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2559 และของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่ 095/2559 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2559

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.71 มีอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 63.29 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 33.42 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.85 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.99 ปัจจุบันมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.34 ดังตารางที่ 1





ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 365)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	158	43.29
หญิง	207	56.71
อายุ		
20 – 40 ปี	84	23.01
41 – 60 ปี	231	63.29
61 – 80 ปี	45	12.33
> 80 ปี	5	1.37
Min=22 ปี; Max=83 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	106	29.04
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	13.17
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส	87	23.84
ปริญญาตรี	122	33.42
ศาสนา		
พุทธ	354	96.99
อิสลาม	11	3.01
สถานภาพสมรส		
โสด	30	8.22
คู่	317	86.85
หย่า/แยก/ ม่าย	18	4.93
อาชีพในปัจจุบัน		
เกษตรกร	129	35.34
ผู้ดูแลผู้ป่วย	33	9.04
ธุรกิจส่วนตัว	77	21.10
แม่บ้าน	29	7.95
รับจ้าง	42	11.51
รับราชการ	42	11.51
ข้าราชการบำนาญ	13	3.55
จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล		
ไม่มี	29	7.95
1คน	153	41.92
2 คน	119	32.60
3 คน	20	5.48



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
> 3 คน	44	12.05
Min=0 คน; Max=6 คน		

## 2. ระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.80$ , S.D. = .36) โดยด้านแรงจูงใจในการดูแลสูงที่สุด ( $\bar{X} = 4.24$ , S.D. = .68) รองลงมาคือด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{X} = 3.95$ , S.D. = .45) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 365)

มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ผลประโยชน์ที่ได้จากการดูแล	3.54	.47	สูง
แรงจูงใจในการดูแล	4.24	.68	สูง
ความพึงพอใจของผู้ดูแล	3.58	.39	สูง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.95	.45	สูง
โดยรวม	3.80	.36	สูง

## 3. ภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 94.79) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	346	94.79
มีภาวะซึมเศร้า	19	5.21

## 4. ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ในเขตภาคใต้ หรือเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ ปัจจัยมุมมองเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า อายุของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ร้อยละ 47.10 ( $R^2 = .471$ ,  $p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้



### คะแนนดิบ

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน = 52.967 - .338 (มุมมองเชิงบวก) + .632 (ภาวะซึมเศร้า) + .213 (อายุของผู้ดูแล) + .376 (จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน)

### คะแนนมาตรฐาน

Z (ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน) = - .383 (มุมมองเชิงบวก) + .368 (ภาวะซึมเศร้า) + .177 (อายุของผู้ดูแล) + .132 (จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน)

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์พหุการณืในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวแปรพยากรณ์ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t
ค่าคงที่	52.967	7.151		7.407
ปัจจัยมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล	-.338	.037	-.383	-.9149
ปัจจัยภาวะซึมเศร้า	.632	.072	.368	8.830
อายุของผู้ดูแล	.213	.047	.177	4.552
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน	.376	.110	.132	3.413

R=.687  $R^2=.471$  adj  $R^2=.465$  df = 4, 364 F = 80.242\*\*\*  $SE_{est} = 10.186$

\*\*\* p < .001

### อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ในเขตภาคใต้ หรือเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ ปัจจัยมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ภาวะซึมเศร้า อายุของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ร้อยละ 47.10 ( $R^2 = .471$ , p < .001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โดยคะแนนมาตรฐาน เป็นดังนี้

Z (ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน) = - .383 (มุมมองเชิงบวก) + .368 (ภาวะซึมเศร้า) + .177 (อายุของผู้ดูแล) + .132 (จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน)

จากสมการอธิบายได้ว่า มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ภาวะซึมเศร้า อายุของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันสามารถร่วมทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ได้ร้อยละ 47.10 กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลสูงจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระ ส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล และจำนวน



ชั่วโมงในการดูแลต่อวัน หากอยู่ในระดับมากจะไปเพิ่มความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลมีระดับสูงจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความรู้สึกพึงพอใจ เกิดความสำเร็จ ในบทบาท การดูแลนั้นมีความหมายต่อตนเอง และเกิดความสนุกสนานจากการดูแล (Elwick, H., Joseph, S. et al., 2010) ส่งผลให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจและปรับตัวตามกระบวนการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นแนวทางที่จะนำไปให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านในระยะแรกของการดำเนินโรค (Early stage day care) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เตรียมตัวในการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยในระยะท้ายของการดำเนินโรค เช่น ปัญหาด้านพฤติกรรม กิจวัตรประจำวัน ความขัดแย้งในครอบครัว (WaAmbrose-Miller, W., & Ashcrof, R, 2016) อาทิจำการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family – based counseling) เพราะมีความยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์ แต่เป็นขั้นตอน โดยสามารถวางเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านเกิดการพัฒนาการตระหนักรู้และความรู้ ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และได้รับพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ภาวดี เหมทานนท์, 2560) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ และส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการดูแลด้วย ทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล

ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 56.71 มีอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 63.29 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.34 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะหากผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และอยู่ในวัยสูงอายุ จะยิ่งมีภาวะซึมเศร้า และมีสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย รวมไปถึงการรู้สึกผิด ส่งผลถึงความรู้สึกไม่มั่นใจในบทบาท เพราะคิดว่ายังให้การดูแลที่ยังไม่เพียงพอ (Pankong, O., Pothiban, L. et al., 2018) นอกจากนี้ระดับผลกระทบทางอารมณ์นี้ขึ้นอยู่กับจำนวนชั่วโมงในการให้การดูแล ปริมาณของกิจกรรมที่ต้องทำ และระยะเวลาที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย (Tremont, G, 2011) ดังจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า จำนวนชั่วโมงที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระที่สูงขึ้น ซึ่งโดยทั่วไป ผู้ดูแลที่บ้านใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Alzheimer’s Australia, 2015) เมื่ออาการดำเนินไปพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะมีความเครียดมากขึ้นจากหน้าที่และความรับผิดชอบที่มากขึ้น ทั้งในเรื่องต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น และความยุ่งยากในการดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเงินที่มากขึ้นตามการดำเนินของโรค (Clay, O. J., Roth, D. L. et al., 2008) นั่นคือ เมื่อการดำเนินโรคที่ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยสมองเสื่อมก็จะมีอาการที่รุนแรงขึ้น มีความต้องการการดูแลที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องกระทำตามบทบาทที่มากขึ้น ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนมากขึ้น ผลลัพธ์



ก็คือผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความรู้เป็นภาระมากขึ้น สืบเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีอาการแปรเปลี่ยน ไม่คงที่ ทำให้ผู้ดูแลต้องแก้ไขสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลที่อายุมากไม่สามารถเผชิญหน้าและแก้ไขปัญหาเรื่องอาการของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ทำให้รับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแล มีความยุ่งยากในการดูแล

## สรุป

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน ในเขตภาคใต้ หรือตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ ปัจจัย มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ภาวะซึมเศร้า อายุของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ  $47.10$  ( $R^2 = .471, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านจะอยู่ในระดับสูงเมื่อผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า มีอายุมาก และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลมาก แต่ถ้าผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล จะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านได้

ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางในการวางแผนในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มีการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ร่วมกับมีการประเมินตัวแปรต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแล รวมทั้งการหาแนวทางให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการดูแลให้เป็นไปในลักษณะของเชิงบวก และควรที่จะศึกษาถึงตัวแปรทางด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และควรจะมีการศึกษาตั้งแต่ผู้ดูแลผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบทบาท และศึกษาเป็นระยะยาวตามการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการวางแผนสำหรับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มีการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล ด้วยการประเมินตัวแปรต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแล รวมทั้งการหาแนวทางให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการดูแลให้เป็นไปในลักษณะของเชิงบวก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป ผู้วิจัยควรที่จะศึกษาถึงตัวแปรทางด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และควรจะมีการศึกษาตั้งแต่ผู้ดูแลผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบทบาท และศึกษาเป็นระยะยาวตามการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย



## เอกสารอ้างอิง

- ชนัญชิตา สุขภูมิจิต, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ติรยา เลิศหัตถศิลป์. (2555). *ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2556). วิจัยไม่ใช่เรื่องยาก. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 22(2), 139-150.
- ภาวดี เหมทานนท์. (2560). การศึกษาและการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้บ้านเป็นฐาน. ใน *ดุชนิพนธ์ ปรัชญาดุชนิพนธ์จิต สาขาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพมนุษย์*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยและการแปลความหมาย. *วารสารการศึกษา*, 18 (3), 8 -11.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- Alzheimer's Australia. (2015). *Caring for Someone with Dementia: the Economic, Social, and Health Impacts of Caring and Evidence Based Supports for Carers*. Retrieved November 16, 2019, from <https://www.dementia.org.au/files/NATIONAL/documents/Alzheimers-Australia-Numbered-Publication-42.pdf>
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). *Family Caregivers of People with Dementia. Dialogues Clinical Neuroscience*. Retrieved December 7, 2014, from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/pdf/Dialogues\\_ClinNeurosci-11-217.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/pdf/Dialogues_ClinNeurosci-11-217.pdf)
- Bruvik, F. K., Allore, H. G. et al. (2013). The Effect of Psychosocial Support Intervention on Depression in Patients with Dementia and Their Family Caregivers: An Assessor-Blinded Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 3(1),386-397.
- Chumbler, N. R., Grimm, J. W. et al. (2003). Gender, Kinship and Caregiver Burden: The Case of Community-Dwelling Memory Impaired Seniors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(8), 722-732.



- Clay, O. J., Roth, D. L. et al. (2008). Changes in Social Support and their Impact on Psychosocial Outcome over a 5 - Year Period for African American and White Dementia Caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 857-862.
- Elwick, H., Joseph, S. et al. (2010). *Manual for the Adult Carer Quality of Life Questionnaire (AC-QoL)*. London: The Princess Royal Trust for Carers.
- Galicchio, L., Siddiqi, N. et al. (2002). Gender Differences in Burden and Depression among Informal Caregivers of Demented Elders in the Community. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 17(2), 154-163.
- Gulin, S. L., Peralta, et al. (2018). The Influence of Personal Strengths on Quality of Care in Dementia Caregivers from Latin America. *Journal of Rehabilitation*, 84(1), 13-21.
- Hair, J. F., Black, W. C. et al. (2014). *Multivariate Data Analysis*. USA: Pearson Education Limited.
- Hilgeman, M. M., Allen, et al. (2007). Positive Aspects of Caregiving as a Moderator of Treatment Outcome over 12 Months. *Psychological Aging*, 22(2), 361-371.
- Kate, N., Grover, S. et al. (2012). Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: Development, Reliability, and Factor Structure. *East Asian Archive Psychiatry*, 22(2), 62 -69.
- Kim, H., Chang, M. et al. (2012). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855.
- Pankong, O., Pothiban, L. et al. (2018). A Randomized Controlled Trial of Enhancing Positive Aspects of Caregiving in Thai Dementia Caregivers for Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(2), 131-143.
- Rose, K., & Lopez, R. (2012). Transitions in Dementia Care: Theoretical Support for Nursing Roles . *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), 4.
- Semiatin, A. et al. (2012). *The Relationship between Self - Efficacy and Positive Aspects of Caregiving in Alzheimer's Disease Caregiver*. Retrieved November 20, 2018, from <http://people.bu.edu/abudson/ctcn/PublicationsSemiatin-Oconnor%202012.pdf>



- Tremont, G. (2011). Family Caregiving in Dementia. *Medicine & Health*, 94(2), 36 – 38.
- WaAmbrose-Miller, W., & Ashcrof, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers asMembers of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101-110.
- Wijngaart, V. D., Vernooij-Dassen, F. J. & Felling, A. (2007). The Influence of Stressors, Appraisal and Personal Conditions on the Burden of Spousal Caregivers of Persons with Dementia. *Aging & Mental Health*, 11(6),626-636.
- World Health Organization. (2017). *Dementia: a Public Health Policy*. Retrieved November 20, 2018, from [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/infographic\\_dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/infographic_dementia/en/).
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. University Park, Texas: Pennsylvania State University.