

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้ป่วยสมองเสื่อม

### Factors related to Positive Aspects in Caregiving Patients with Dementia: A Study with Family Caregivers

ภาวดี เหมทานนท์\*

Pawadee Hamtanon \*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช\*

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat\*

(Received: November 09, 2018; Revised: April 19, 2019; Accepted: April 22, 2019)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 365 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .845 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.80$ ,  $SD=.36$ ) โดยด้านแรงจูงใจในการดูแลสูงที่สุด ( $M=4.24$ ,  $SD=.68$ )

2. อายุของผู้ดูแล ( $r=-.131$ ,  $p<.05$ ) จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล ( $r=.139$ ,  $p<.01$ ) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ( $r=.363$ ,  $p<.001$ ) และอายุของผู้ป่วย ( $r=.210$ ,  $p<.001$ ) มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

3. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ( $\chi^2=10.973$ ,  $p<.05$ ) การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ( $\chi^2=5.970$ ,  $p<.05$ ) และเพศของผู้ป่วย ( $\chi^2=13.987$ ,  $p<.001$ ) มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

จากการศึกษาสรุปได้ว่า มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยจากตัวผู้ดูแลเองและปัจจัยทางด้านผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้นการสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลควรตระหนักปัจจัยเหล่านี้ด้วย

**คำสำคัญ:** มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้ป่วยสมองเสื่อม

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pawadeehh@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-5781938)

## Abstract

The purposes of this research were to study the level of positive aspects in caregiving, and the factors that correlate with the positive aspects towards caregiving dementia patients among family caregivers. Sample was family caregivers of dementia patients from Suan Saranrom Hospital in Surat Thani province, and from Songkhla Rajanakarin Psychiatric Hospital. A Simple random sampling of 365 patients was realized. Research instrument, developed by the researcher, was a questionnaire on positive aspects towards caregiving dementia patients, with alpha coefficient of .845. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The results found the following.

1. Level of positive aspects in caregiving was at a high level ( $M= 3.80$ ,  $SD = .36$ ). The highest level was about motivation for care ( $M= 4.24$ ,  $SD = .68$ ).
2. Family caregivers' age ( $r = -.31$ ,  $p < .05$ ), duration of care ( $r = .118$ ,  $p < .05$ ), number of family caregivers ( $r = .139$ ,  $p < .01$ ), monthly income of family per month ( $r = .363$ ,  $p < .001$ ) and patients' age ( $r = .210$ ,  $p < .001$ ) had significant correlation on positive aspects in caregiving.
3. Education level of family caregivers ( $\chi^2 = 10.973$ ,  $p < .05$ ), having disease of family caregiver ( $\chi^2 = 5.970$ ,  $p < .05$ ), and gender of patient ( $\chi^2 = 13.987$ ,  $p < .001$ ) had significant correlation with positive aspects in caregiving.

It could be concluded that positive aspects of caregiving dementia patients, from a family caregiver's perspective, depended on individual experiences. These factors should be considered, in order to promoting the positive aspects of caregiving dementia patients.

**Keyword:** Positive Aspects of Caregiving, Family caregiver, Dementia Patient

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่รุนแรง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งสาเหตุมาจากอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจากองค์กรโรคอัลไซเมอร์ระหว่างประเทศ (Alzheimer's Disease International: ADI) ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 35 ล้านคน โดยอยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.40 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 เท่า ของจำนวนในปัจจุบัน หรือประมาณ 115.40 ล้านคนทั่วโลก (Hebert, Scherr, Bienias, Bennett, & Evans, 2003) ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีความจำและความสามารถทางด้านความรู้คิดที่ลดลง มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ที่ซับซ้อน และมีอาการทางจิตประสาท ส่งผลให้มีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น การเดินหลงทาง การถามซ้ำ ๆ พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เฉยเมย การสะสมของ ความผิดปกติของการนอนหลับ ซึมเศร้า ยิ่งเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อต้านการช่วยเหลือจากผู้ดูแล มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ อาการผิดปกติทางจิตเด่นชัดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้ว จะมีชีวิตอยู่ได้เฉลี่ย 8-12 ปี (Huang, 2004) เป็นระยะที่ค่อนข้างนาน จึงทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งระดับการพึ่งพาจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 73 ต้องการการดูแลประมาณ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ค่อนข้างสูง (Contador, Fernandez-Calvo, Palenzuela, Migueis, & Ramos, 2012)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบันเชื่อว่าผู้ดูแลในครอบครัว คือ กุญแจสำคัญของความสำเร็จในการดูแล (Muangpaian, Praditsuwat, Assanasen, Srinonprasert, Assantachai, Intalaporn, et al,

2010) ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70 - 80) ได้รับการดูแลที่บ้าน (Burgio, Corcoran, Lichstein, Nichols, Czaja, Gallagher-Thompson, et al., 2001; Huang, 2004; Brodaty, & Donkin, 2009) ซึ่งการดูแลกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ปกติในสังคม และเกิดขึ้นได้ทุกช่วงชีวิต โดยเฉพาะการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ และมีมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยิ่งต้องได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก

ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับการทำหน้าที่ที่บกพร่องไปของผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่มีรับบทบาทนี้ จะไม่มีการวางแผน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นยาวนาน หากผู้ดูแลบางคนไม่สามารถละทิ้งบทบาทเดิมได้ พร้อมกับต้องรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลยิ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมาก ส่งผลให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ (Seow, Lin, & Yap, 2011) ดังที่ สชาร์ลลาช และคณะ (Scharlach, Li, & Dalvi 2006) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญแก่สมาชิกในครอบครัวในด้านอารมณ์และสังคม (Emotional and Social Support) ในขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด กระทั่งการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ละเลยการดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางกายและทางจิตใจ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก (Well - Being) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งมีความพึงพอใจต่อการที่ได้รับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010)

มุมมองเชิงบวกเป็นประสบการณ์เชิงอัตวิสัย เป็นแนวคิดที่มีลักษณะของ มุมมองด้านจุดแข็ง (Strengths Perspective) เป็นเรื่องของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010; Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002) และเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นที่คำตอบ (Solution-Focused Therapy) แทนการเน้นที่ปัญหาหรือความบกพร่อง (Smith, 2006; citing Hodge, & Sun, 2012) มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังที่ ซีเมียดิน และโอคอนเนอร์ (Semiatin, & O'Connor, 2012) กล่าวว่ามุมมองเชิงบวกเป็นเสมือนตัวกันชนกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยช่วยป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล และจะช่วยสร้างและคงไว้ซึ่งความสมดุลในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และยังส่งผลกระทบต่อทางบวกในระยะยาวอีกด้วย ดังที่เฮลลิกแมน และ คณะ (Hilgeman, Allen, DeCoster, & Burgio, 2007) ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ประเมินสถานการณ์ในการดูแลในลักษณะเชิงบวกจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ลดภาวะทุกข์ใจจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลกิจกรรมในแต่ละวันอยู่ในระดับต่ำ

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากเอกสาร งานวิจัยจากต่างประเทศ จำนวนหนึ่ง พบว่า มุมมองเชิงบวกมีลักษณะที่หลากหลาย อาทิจากงานวิจัยของทาร์โลว์ และคณะ (Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory, & Gallagher-Thompson, 2004) ในโครงการ REACH (The Resources for Enhancing Caregiver Health) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ทั้งหมดจำนวน 1,229 คน พบว่า มุมมองเชิงบวกนั้นมักจะได้รับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่ให้การดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์นั้น เกิดความภาคภูมิใจในชีวิต และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมั่นคงขึ้น ซึ่งมุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การยืนยันตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกว่าบุคคลมีแรงจูงใจที่จะรักษาไว้ซึ่งความสมดุลในตัวเอง และการรู้ว่าตนเองมีค่า (Self-Worth) และ 2) การมีเจตคติเชิงบวกต่อชีวิต นอกจากนี้ Kate, Grover, Kulhara, & Nehra (2012) ได้แบ่งมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลเป็น 4 ด้าน คือ 1) ผลประโยชน์ส่วนบุคคลจากการดูแล 2) แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแล และ 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมุมมองทางสังคมต่อการดูแล

ดังนั้น มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่ควรได้รับความสนใจทั้งในการบำบัดและเป็นทิศทางที่สำคัญต่อการวิจัยในผู้ดูแลในปัจจุบัน การเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล จะทำให้เข้าใจและเกิดความตระหนักว่าจะให้การดูแลที่มีคุณภาพได้

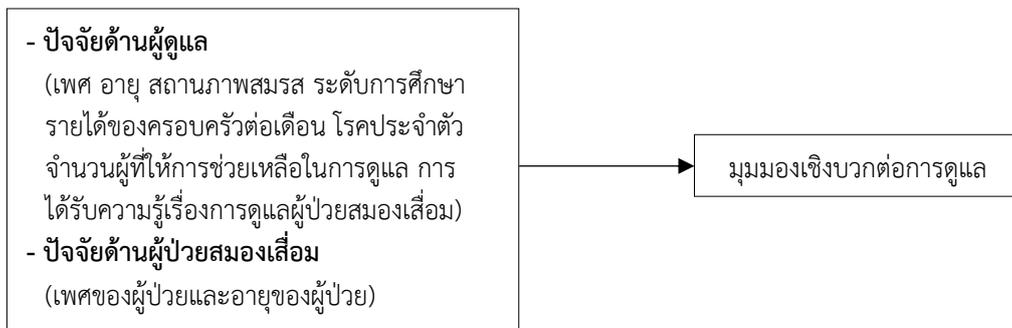
อย่างไร สามารถสร้างเสริมให้มีการปรับตัวในผู้ดูแลและเกิดความผาสุก รวมถึงทราบการปรับปรุงวิธีการประเมิน และการบำบัดแก่ผู้ดูแลต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล (อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล รวมทั้งการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม) และปัจจัยด้านผู้ป่วย (อายุ และเพศ)

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัว และใช้แนวคิดของ Kate, Grover, Kulhara, Nehra (2012) ที่กล่าวว่า มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) แรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล 2) ความพึงพอใจของการเป็นผู้ดูแล 3) ผลตอบแทนที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล และ 4) ความรู้สึกมีคุณค่าและมุมมองทางสังคมของการดูแล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ซึ่งในปีงบประมาณ 2558- 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการ ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ ปีละเฉลี่ยประมาณ 1,500 ราย โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลัก 1 คน จึงมีประชากรในการวิจัยครั้งนี้ 1,500 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 - พฤษภาคม 2560 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายในการเก็บข้อมูล 3 วันต่อสัปดาห์ ได้วันจันทร์ อังคาร และพฤหัสบดี และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาในวันดังกล่าว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้การดูแลหลัก โดยไม่คิดค่าตอบแทน ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 และผู้ป่วยมีคะแนนระดับ < 11 คะแนน จากการประเมินโดยใช้ MMSE มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเป็นเวลานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้ต้องเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องกัน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie, &

Morgan) ในการประมาณค่าสัดส่วนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 306 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่าง 368 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมทั้งเพศของผู้ป่วยและอายุของผู้ป่วย

2. แบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ และศึกษาแนวคิดของ Kate, Grover, & Kulhara, Nehra (2012) ซึ่งได้สร้างเครื่องมือ The Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: SPACE สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ลิเคิร์ต 5 ระดับ (5 - Point Likert Scale) โดย 5 คะแนน = เป็นจริงอย่างยิ่ง และ 1 คะแนน = ไม่เป็นจริงเลย (Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory, & Gallagher-Thompson, 2004) และข้อคำถามมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 44 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลมีจำนวน 14 ข้อ 2) แรงจูงใจในการดูแล จำนวน 13 ข้อ 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ และ 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 9 ข้อ

การแปลความหมายคะแนนมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งรายด้านและโดยรวม เป็นไปตามเกณฑ์ (Ketasing, 1995) 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

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม ฉบับที่สร้างขึ้นเสร็จให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้ภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ในแต่ละด้านเป็นรายข้อ และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบวัดที่สร้างขึ้น (Item - Objective Congruence Index: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พ่ายผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ในการศึกษาจริง แต่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้แบบวัดมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมุมมองเชิงบวกทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าเท่ากับ .845

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งแล้ว ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แจ้งสิทธิ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินดีต่อการเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและไม่มีผลกระทบต่อมาตรฐานการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่ม

ตัวอย่างคนใดมีข้อสงสัย สามารถซักถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา และกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยอ่านตามเอกสารทุกข้อ ไม่มีการแปลความ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว และเพศของผู้ป่วย กับระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ด้วยสถิติไคสแควร์

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ดูแล จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อายุของผู้ป่วยกับระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและการกระจายของข้อมูล โดยใช้ค่า Kolmogorov-Smirnov Test ( $Sig=.154$ ) แสดงว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และทดสอบ Linearity test พบว่า อายุของผู้ดูแล ( $F=7.566$ ;  $Sig=.006$ ) จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล ( $F=7.318$ ;  $Sig=.007$ ) รายได้ของผู้ดูแล ( $F=55.154$ ;  $Sig=.001$ ) อายุของผู้ป่วย ( $F=17.699$ ;  $Sig=.001$ ) แสดงว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล สำหรับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (Hinkle, 1998) .90-1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก .70-.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง .50-.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง .30-.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ .00-.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

### จริยธรรมวิจัย

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

### ผลการวิจัย

จากแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 368 ชุด เมื่อผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าใช้ได้จำนวน 365 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.18 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่นำเข้าไปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 365$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	158	43.29
หญิง	207	56.71
<b>อายุ</b>		
20 – 40 ปี	84	23.01
41 – 60 ปี	231	63.29
61 – 80 ปี	45	12.33

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
> 80 ปี	5	1.37
Min=22 ปี, Max=83 ปี		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	106	29.04
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	13.17
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส	87	23.84
ปริญญาตรี	122	33.42
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	354	96.99
อิสลาม	11	3.01
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	30	8.22
คู่	317	86.85
หย่า/แยก/ ม่าย	18	4.93
<b>อาชีพในปัจจุบัน</b>		
เกษตรกรกรรม	129	35.34
ผู้ดูแลผู้ป่วย (ไม่ได้รับค่าจ้าง)	33	9.04
ธุรกิจส่วนตัว	77	21.10
แม่บ้าน	29	7.95
รับจ้าง	42	11.51
รับราชการ	42	11.51
ข้าราชการบำนาญ	13	3.55
<b>การเปลี่ยนแปลงของอาชีพเมื่อทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย</b>		
มีการเปลี่ยนแปลง	85	23.29
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	280	76.71
<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>		
≤10,000 บาท	103	28.22
10,001 – 20,000 บาท	112	30.69
20,001 – 30,000 บาท	49	13.42
30,001 – 40,000 บาท	65	17.81
>40,000 บาท	36	9.86
<b>จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล</b>		
ไม่มี	29	7.95
1คน	153	41.92
2 คน	119	32.60
3 คน	20	5.48
> 3 คน	44	12.05
<b>โรคประจำตัว</b>		
มี	136	37.26
ไม่มี	229	62.74

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม</b>		
เคยได้รับ	236	64.66
ไม่เคยได้รับ	129	35.34
<b>อายุของผู้ป่วย</b>		
<60 ปี	3	0.82
60 – 70 ปี	74	20.27
71 – 80 ปี	164	44.93
81 – 90 ปี	107	29.32
> 90 ปี	17	4.66

Min=54 ปี; Max=94 ปี

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.71 มีอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 63.29 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 33.42 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.85 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.99 ปัจจุบันมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.34 โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 76.71 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 30.69 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.74 เคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 64.66 และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 71 – 80 ปี ร้อยละ 44.93

2. ระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 365)

มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล	M	SD	การแปลผล
ผลประโยชน์ที่ได้จากการดูแล	3.54	.47	สูง
แรงจูงใจในการดูแล	4.24	.68	สูง
ความพึงพอใจของผู้ดูแล	3.58	.39	สูง
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.95	.45	สูง
<b>โดยรวม</b>	<b>3.80</b>	<b>.36</b>	<b>สูง</b>

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.80$ ,  $SD=.36$ ) โดยด้านแรงจูงใจในการดูแลสูงที่สุด ( $M=4.24$ ,  $SD=.68$ ) รองลงมาคือด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $M=3.95$ ,  $SD=.45$ )

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล อายุของผู้ป่วย กับระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

ตัวแปร	r	p-value
อายุของผู้ดูแล	-.131	.012
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	.363	.001
จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแล	.139	.008
อายุของผู้ป่วย	.210	.001

จากตาราง 3 พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $r=-.131$ ,  $p<.05$ ) จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $r=.139$ ,  $p<.001$ ) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $r=.$

363;  $p < .01$ ) และอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $r = .210$ ;  $p < .001$ )

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศของผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และเพศของผู้ป่วย กับระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

	ระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล		$\chi^2$ ( $p$ -value)
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	
<b>เพศของผู้ดูแล</b>			$\chi^2 = 2.554$
ชาย	17(20.99)	64(79.01)	$p$ -value = .110
หญิง	39(13.73)	245(86.27)	$df=1$
<b>สถานภาพสมรส</b>			$\chi^2 = 3.438$
โสด	5(16.67)	25(83.33)	$p$ -value = .179
คู่	51(16.09)	266(83.91)	$df=2$
หย่า/ แยก/ ม่าย	0	18(100.00)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			$\chi^2 = 10.973$
ประถมศึกษา	23(21.70)	83(78.30)	$p$ -value = .012
มัธยมศึกษาตอนต้น	11(22.00)	39(78.00)	$df=3$
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส	13(14.94)	74(85.06)	
ปริญญาตรี	9(7.38)	113(92.62)	
<b>การมีโรคประจำตัว</b>			$\chi^2 = 5.970$
มีโรคประจำตัว	29(21.32)	107(78.68)	$p$ -value = .015
ไม่มีโรคประจำตัว	27(11.79)	202(88.21)	$df=1$
<b>การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเสมอ</b>			$\chi^2 = .450$
ได้รับความรู้	34(14.41)	202(85.59)	$p$ -value = .502
ไม่ได้รับความรู้	22(17.05)	107(82.95)	$df=1$
<b>เพศของผู้ป่วย</b>			$\chi^2 = 13.987$
ชาย	37(23.42)	121(76.58)	$p$ -value = .000
หญิง	19(9.18)	188(90.82)	$df=1$

จากตาราง 5 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ( $\chi^2=10.973$ ;  $p < .05$ ) การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ( $\chi^2=5.970$ ;  $p < .05$ ) มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และเพศของผู้ป่วย ( $\chi^2=13.987$ ;  $p < .001$ ) มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล

### อภิปรายผล

1. ระดับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเสมอ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=3.80$ ,  $SD=.36$ ) และเมื่อนำมาแบ่งกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.66 มีมุมมองเชิงบวกอยู่ในระดับสูง ที่เหลือร้อยละ 15.34 มีมุมมองอยู่ในระดับปานกลางอธิบายได้ว่า การดูแลกันในครอบครัวถือว่าเป็นเรื่องปกติในสังคมไทย ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิต โดยเฉพาะการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากสำหรับวัฒนธรรมของไทย ที่ให้ความสำคัญกับความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocity) กล่าวคือ การให้ผลประโยชน์แก่ผู้อื่นตอบแทนจากผลประโยชน์ที่ตนเองเคยได้รับ เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange) ความผูกพันซึ่งกัน

และกันนี้ช่วยให้บุคคลมีการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่เคยช่วยเหลือตนเองมาก่อน (Molm, Schaefer, & Collett, 2007) และเป็นพื้นฐานของการวิวัฒนาการสำหรับความร่วมมือ (Cooperation) ในสังคมแสดงออกโดยการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแสดงออกด้วยการกราบไหว้ กอด และสัมผัสอย่างอ่อนโยนของสมาชิกในครอบครัว เกิดเป็นความรัก ความเอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาทุกเรื่องที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเรื่องที่จะช่วยสร้างคุณค่าทางจิตใจให้กับตนเองถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม บางส่วนจะมีภาวะเครียดและรู้สึกเป็นภาระ (Pinquart, & Sorensen, 2003) แต่ก็ยังปรับตัวให้มีความสมดุลในชีวิตและมีความสุขที่เพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นอกจากนี้ ยังพบว่า มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ในด้านแรงจูงใจในการดูแลมีระดับสูงที่สุด ( $M=4.2, SD=.68$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kate, Grover, Kulhara, & Nehra (2012) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยของมุมมองเชิงบวกสูงสุดในองค์ประกอบแรงจูงใจสำหรับบทบาทการดูแล

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการวิจัย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $r=-.131$ ) นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าจะมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ต้องใช้ทั้งร่างกายและแรงใจ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะสามารถในการเผชิญปัญหา และมีวิธีการปรับตัวต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ดีกว่า (Roth, Dilworth-Anderson, Huang, Gross, & Gitlin, 2015) และยังมี ความแข็งแรงทางร่างกายที่ทนต่อการดูแลได้มากกว่า เช่น การไม่ได้พักผ่อน ซึ่งจากการศึกษา พบว่ามีผู้ดูแลบาง รายต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน ส่งผลกระทบระยะยาวต่อมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล (Hilgeman, Allen, DeCoster, & Burgio, 2007)

จำนวนผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $r = .139$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ จะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลสูงขึ้น โดยเฉพาะวัฒนธรรมของทางภาคใต้ที่ยังมีความเป็นสังคม ชนบท และกึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีลักษณะของเครือข่ายทางสังคมที่มีการสนับสนุนกันและ โดยตรง ซึ่งจากการศึกษาของ Kaufman, Kosberg, Leeper, Tang (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อมที่อยู่ในวัยสูงอายุ ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน และชาวผิวขาว ที่อาศัยในชนบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี ระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม เช่น การทำสวนที่ส่วนใหญ่อยู่ใกล้บ้าน ทำให้สามารถแบ่งช่วงเวลาของการทำงานกลับมาดูแลบุคคล ในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ทำให้มีโอกาสได้กระทำทั้งบทบาทหน้าที่ทางสังคมและครอบครัว โดยไม่มี ภาวะขัดแย้งทางจิตใจ เกิดความรู้สึกที่ติดต่อกับตนเอง มองว่าตนเองมีความสำคัญ มี ความสามารถ สามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและเกิดความพึงพอใจในชีวิต (Hamtanon, 2017) ส่งผลให้ผู้ดูแลพร้อมที่จะ เผชิญกับสถานการณ์อย่างท้าทาย

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลหลายคน มีการผลัดเปลี่ยนกัน สอดคล้องกับแนวคิด การดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite Care) ที่มีลักษณะของการมีเครือข่ายการแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลคนอื่น การมีการหมุนเวียนผู้ดูแลประมาณ 2-3 ชั่วโมงในแต่ละสัปดาห์ สามารถป้องกันการเกิดผลกระทบทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ยังสามารถทำกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก หรือการพักผ่อน สัมผัสกับบุคคลอื่นมากขึ้น ไม่ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ยังคงมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมคงมี ปกติ (Wang, Chien, Lee, 2012) และการดูแลผู้ป่วยยังไม่เกิดผลกระทบต่อการทำงานของผู้ดูแล ดังจะเห็นได้ จากอาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแล ผู้ป่วยไม่กระทบต่อรายได้ เห็นได้จากรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมุมมองเชิงบวกต่อ การดูแลเช่นเดียวกัน ( $r=.363$ )

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $\chi^2=10.973$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่า ทำให้มีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว จึง พบว่า การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $\chi^2=5.970$ ) ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่าจะมีแนวโน้มการเผชิญที่เน้นปัญหา กล่าวคือ จะใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิค การทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจ เลือกทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาการ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และการมองว่าผู้ดูแลเองเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหานั้น ๆ อย่างไร ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการและพัฒนามาตรฐานพฤติกรรมของตนเองใหม่

ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อายุของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลในระดับต่ำ ( $r=.210$ ) และเพศของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ( $\chi^2=13.987$ ) อธิบายได้ว่าอายุและเพศของผู้ป่วยจะมีความเกี่ยวข้องกับอาการของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการทางจิต จะทำให้ผู้ดูแลมีความยุ่งยากต่อการดูแลมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและอาการทางจิตที่น้อยกว่า ทั้งนี้การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.71) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดมุมมองเชิงบวกที่มากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ความรุนแรงของโรคมียิ่งมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น พฤติกรรมที่รุนแรงลดลงหรือไม่มี ผู้ป่วยบางรายอยู่ในภาวะนอนติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความยุ่งยากใจในการจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุน้อย จะมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลที่สูงกว่า และผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยเหลือหลายคน จะมีมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลที่สูง ดังนั้น จึงควรมีการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือผู้ดูแลหลักให้มากขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกที่มีอายุน้อย เพื่อส่งเสริมให้มีการร่วมกัน/ ผลัดเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจในการใส่ใจ ดูแล ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวให้อยู่ในภาวะปกติ มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ
2. จากการศึกษาที่พบว่า การได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจจะต้องมาทบทวน และมีการวิเคราะห์ห่ออีกครั้งถึงรูปแบบ วิธีการในการให้ความรู้ ว่าควรจะเป็นลักษณะในใดที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมควบคู่ไปด้วยว่า มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือไม่และควรมีการศึกษาในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคจิตเภท ผู้ป่วยทางกายที่มีภาวะพึ่งพา รวมไปถึงการศึกษาถึงมุมมองต่อการดูแลของบุคลากรทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. จากผลการวิจัย พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล แต่ยังไม่ชัดเจนการศึกษาถึงผลที่ตามมาจากการดูแลในเชิงบวกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปช่วยเหลือครอบครัว เช่น การสนับสนุนผู้ดูแลให้ลดการเผชิญหน้ากับความยุ่งยากในการดูแล และส่งเสริมให้เกิดภาวะความผาสุกแก่ผู้ดูแลควรที่จะศึกษาถึงผลที่ตามมาจากการดูแลในเชิงบวกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถ

นำไปช่วยเหลือครอบครัว เช่น การสนับสนุนผู้ดูแลให้ลดการเผชิญหน้ากับความยุ่งยากในการดูแล และส่งเสริมให้เกิดภาวะความผาสุกแก่ผู้ดูแล

## References

- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues ClinNeurosci*, 11:217-228. Retrieved December 7, 2017, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-217.pdf>
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K. L., Nichols, L., Czaja, S., Gallagher-Thompson, D., et al. (2001). Judging Outcomes in Psychosocial Interventions for Dementia Caregivers: The Problem of Treatment Implementation. *Gerontologist*, 41(4), 481-489.
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a Conceptual Framework of Positive Aspects of Caregiving in Dementia. *Dementia*, 9, 327-353.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive Aspects of Caregiving: Rounding Out the Caregiver Experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188.
- Contador, I., Fernandez-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Migueis, S., & Ramos, F. (2012). Prediction of Burden in Family Caregivers of Patients with Dementia: A Perspective of Optimism Based on Generalized expectancies of Control. *Aging & Mental Health*, 16(6), 675-682.
- Hamtanon, P. (2017). Positive Aspects of Caregiving among Family Caregivers of Patients with Dementia. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 186-197. (in Thai)
- Hebert, L. E., Scherr, P. A., Bienias, J. L., Bennett, D. A., & Evans, D. A. (2003). Alzheimer Disease in the Us Population: Prevalence Estimates Using the 2000 Census. *Archive Neurology*, 60, 1119-1122.
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., & Burgio, L. (2007). Positive Aspects of Caregiving as a Moderator of Treatment Outcome Over 12 Months. *Psychological Aging*, 22(2), 361-371.
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen, G. J. (1998). *Applied Statistics for the Behavior Sciences*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: Houghton Mifflin.
- Hodge, D., & Sun, F. (2012). Positive Feelings of Caregiving among Latino Alzheimer's Family Caregivers: Understanding the Role of Spirituality. *Aging & Mental Health*, 16(6), 689-698.
- Huang, C. Y. (2004). Informal Female Care Givers of Older Adults with Dementia in Taiwan. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3), 53-66.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2012). Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: Development, Reliability, and Factor Structure. *East Asian Archivepsychiatry*, 22(2), 62-69.
- Kaufman, A. V., Kosberg, J. I. Leeper, J. D., & Tang, M. (2010). Social Support, Caregiver Burden, and Life Satisfaction in Sample of Rural African American and White Caregivers of Older Persons with Dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 251-269.
- Ketasing, W. (1995). Meaning and interpretation: Simple Stories That Sometimes be Missing. *Journal of Educational Research*, 18(3), 8-11. (in Thai)



- Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive Aspects of Caregiving in Schizophrenia: A Review. *World Journal of Psychiatry, 2*(3), 43-48.  
doi: [10.5498/wjp.v2.i3.43]
- Molm, L. D., Schaefer, D. R., & Collett, J. L. (2007). The Value of Reciprocity. *Social Psychology Quarterly, 70*(2), 199-217.
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapaporn, S., et al. (2010). Caregiver Burden and Needs of Dementia Caregivers in Thailand: A Cross-Sectional Study. *Journal Medical Association Thailand, 93*(5), 601-607. (in Thai)
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health. *A Meta-Analysis. Psychological Aging, 18*(2), 250-67. [PubMed: 12825775]
- Roth, D. L., Dilworth-Anderson, P., Huang, J., Gross, A. L., & Gitlin, L. N. (2015). Positive Aspects of Family Caregiving for Dementia: Differential Item Functioning by Race. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 70*(6), 813-819. doi: 10.1093/geronb/gbv034
- Scharlach, A., Li, W., & Dalvi, T. B. (2006). Family Conflict as a Mediator of Caregiver Strain. *Family Relations, 55*(5), 625-635.
- Semiatin, A. M., & O'Connor, M. K. (2012). *The Relationship Between Self-Efficacy and Positive Aspects of Caregiving in Alzheimer's Disease Caregiver*. *Aging & Mental Health, 1-6*. Retrieved November 20, 2014, from <http://people.bu.edu/abudson/ctcn/Publications/Semiatin-Oconnor%202012.pdf>
- Seow, D., Lin, K., & Yap, P. (2011). Family Caregivers and Caregiving in Dementia. *The Singapore Family Physician, 37*(3), 24-29.
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. R., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive Aspects of Caregiving Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving. *Research on Aging, 26*, 429-453.
- Wang, L., Chien, W., & Lee, I. (2012). An Experimental Study on the Effectiveness of a Mutual Support Group for Family Caregivers of a Relative with Dementia in Mainland China. *Contemporary Nurse, 40*(2), 210-224.