



มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน

Positive Aspects of Caregiving

among Family Caregivers of Patients with Dementia

ภาวดี เหมทานนท์^{1*}, สกล วรเจริญศรี², มณฑิรา จารุเพ็ง² และ สุวิมล กฤษณาสกุล³

Pawadee Hamtanon^{1*}, Sakol Voracharoensri², Monthira Charupheng²

and Suwimon Kritkharuehart³

นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาสุขภาพมนุษย์

แขนงวิชาจิตวิทยาพัฒนามนุษย์และการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ¹,

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ², คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง และต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีคุณภาพชีวิตในระดับดี และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมบันทึกเทปรายละเอียด 3 ครั้ง ตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และผ่านการตรวจสอบประเด็นหลักและประเด็นย่อยด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการสนทนากับผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล (Positive Aspect of Caregiving: PAC) มี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal Bond) ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) และความผูกพันทางสังคม (Social Bonding)
2. ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Confident) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth)
3. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of Coping Abilities) ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Perceive of Emotion-Focused Coping Abilities) การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา (Perceive of Solution-Focused Coping Abilities) และ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นหลักศาสนา (Perceive of Religious-Focused Coping Abilities)

คำสำคัญ: มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยสมองเสื่อม

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

Abstract

The purpose of this research study was to identify positive aspects of caregiving (PAC) among family caregivers of patients with dementia. Purposive sampling was used to select 10 caregivers who provided care for patients with dementia, using the ICD-10 criteria. The selected caregivers spent six hours plus per day in providing care for a minimum of six months, they reported a good quality of life and no depression symptoms. Data were collected using a semi-structured in-depth interview, for three sessions, and was tape recorded for each data of the ten caregivers. Data were analyzed using content analysis. The themes that emerged were verified by a focus group of experts in dementia and caregivers who had given data. Results regarding Positive Aspect of Caregiving (PAC) were as follows.

1. Reciprocal Bonding: Emotional attachment and Social bonding.
2. Self-Esteem: Self-confident and Self-worth.
3. Perceived coping abilities: Perceived emotion-focused coping abilities, perceived solution-focused abilities, and perceived religious-focused coping abilities.

Keywords: Positive Aspect of Caregiving (PAC), Family Caregiver, Dementia.

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่รุนแรง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา (Dias, Dewey, D'Souza, Dhume, Motghare, Shaji, et al., 2008) โดยคาดว่า ในปี ค.ศ. 2050 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 เท่า ของจำนวนในปัจจุบัน หรือประมาณ 115.40 ล้านคนทั่วโลก (Hebert, Scherr, Bienias, Bennett & Evans, 2003) และจำนวนผู้ป่วยจะมีลักษณะของการเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 20 ปี (Brodaty & Donkin, 2009) สำหรับจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ยังไม่มีการสำรวจอย่างชัดเจน แต่หากพิจารณาโดยอาศัยตัวเลข จากการศึกษาในต่างประเทศ และข้อมูลจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2557 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีจำนวนประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 14.50 ของจำนวนประชากรทั้งหมดคือ 67 ล้านคน ซึ่งจะมีผู้ที่มีผู้ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมดราว 400,000 คน จากสถิติดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อบุคคลที่ป่วยเอง ต่อผู้ดูแล และต่อสังคมด้วยสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การบำบัดรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันเพียงแต่ช่วยให้ชะลอเวลาของการดำเนินโรคเท่านั้น (Raina, 2008)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความจำและความสามารถทางด้านการรู้คิดที่ลดลงมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ที่ซับซ้อน (Executive Function) และมีอาการทางจิตประสาท ส่งผลให้มีปัญหาทางพฤติกรรม (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น การเดินหลงทาง การถามซ้ำ ๆ พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เฉยเมย การสะสมของ ความผิดปกติของการนอนหลับ และซึมเศร้า (Rao, Rosenberg, Miles, Patadia, Treiber, Bertrand, et al., 2010) ยิ่งเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่อง



เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อต้านการช่วยเหลือจากผู้ดูแล มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ และมีอาการผิดปกติทางจิตเด่นชัดขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้ว จะมีชีวิตอยู่ได้เฉลี่ย 8-12 ปี (Huang, 2004) ซึ่งเป็นระยะที่ค่อนข้างนาน จึงทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งระดับการพึ่งพาจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 73 ต้องการการดูแลประมาณ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ที่สำคัญผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ค่อนข้างสูง (Contador, Fernandez-Calvo, Palenzuela & Ramos, 2012) โดยแนวทางการดูแลในปัจจุบันที่เชื่อว่าผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregivers) คือกุญแจสำคัญของความสำเร็จ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Muangpaisan, Praditsuan, Assanasen, Srinonprasert, Assantachai, Intalapaporn, et al., 2010) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70-80) ได้รับการดูแลที่บ้าน (Burgio, Corcoran, Lichstein, Nichols, Czaja, Gallagher-Thompson, et al., 2001; Huang, 2004; Brodaty & Donkin, 2009) และเกือบทั้งหมดได้รับการดูแลจากคู่สมรส เมื่อคู่สมรสไม่สามารถดูแลได้หรือเสียชีวิต ลูกของผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแล และลูกที่เป็นผู้หญิงและลูกสะใภ้จะเป็นผู้ดูแล สำหรับครอบครัวขยาย พบว่าลูกชายหรือลูกสาวที่ไม่ได้แต่งงาน จะรับหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ที่ป่วย (Seow, Lin & Yap, 2011) แม้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนี้ในบางครั้ง อาจจะมีการแบ่งกันในกลุ่มสมาชิกของครอบครัวหรือเพื่อน แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีการดูแลโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพียงคนเดียวมากที่สุด (Schulz & Martire, 2004) ส่วนเหตุผลที่ให้การดูแลก็คือ ความรัก ความผูกพัน การเติมเต็มทางจิตวิญญาณ รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ความรู้สึกผิด แรงกดดันจากสังคม (Brodaty & Donkin, 2009)

การศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลสมองเสื่อมโดยซีเมียตินและโอคอนเนอร์ (Semiatin & O'Connor, 2012) พบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์ส่วนหนึ่งในลักษณะของความพึงพอใจ ผลประโยชน์ หรือรางวัล ซึ่งเป็นเสมือนตัวกันชนของผลลัพธ์จากการรักษา ช่วยป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล และช่วยสร้างความสมดุลให้กับชีวิตของ รวมไปถึงความพึงพอใจที่ได้รับรู้ว่าคุณค่าอันเป็นที่รักของพวกเขา ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ดีที่สุด มีความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ ได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และเพิ่มความหมายต่อความรู้สึกถึงการมีตัวตน (Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory & Gallagher-Thompson, 2004; Kate, Grover, Kulhara & Nehra, 2012) ความรู้สึกที่กล่าวมา เป็นแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ซึ่งเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลในลักษณะที่เป็นจุดแข็ง (Strengths Perspective) เรียกว่ามุมมองเชิงบวกต่อการดูแล (Positive Aspects of Caregiving: PAC) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ช่วยสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล และความสมดุลให้กับชีวิตของผู้ดูแล (Semiatin & O'Connor, 2012)

แม้ว่าการศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ก็ยังเป็นประเทศที่กำลังประสบปัญหาของการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่เป็นไปตามการเพิ่มขึ้นของอายุขัยของประชากร เช่นเดียวกับประเทศไทย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงมุมมองเชิงบวก ต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลที่บ้าน และจากการที่มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลนี้ มีลักษณะที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล รวมถึงขึ้นอยู่กับบริบทของการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลแต่ละคน ผู้วิจัยจึงนำวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้ในการศึกษามุมมองเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตามประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลตามสภาพที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดมุมมองเชิงบวกจากเอกสาร งานวิจัยจากต่างประเทศ จำนวนหนึ่ง พบว่า มีองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกทั้งหมด 16 องค์ประกอบ (Tarlow, Wisniewski, Belle, Rubert, Ory & Gallagher-Thompson, 2004; Sanders, 2005; Carboneau, Caron & Desrosiers, 2010; Tremont, 2011; Kate, Grover, Kulhara & Nehra, 2012) ซึ่งเมื่อผู้วิจัยใช้ตารางเมตริกซ์วิเคราะห์ ครอบคลุมซ้ำซ้อนกันของ องค์ประกอบ และสรุปเป็นแนวคิดของมุมมองเชิงบวก เพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่ามี 3 แนวคิด ได้แก่ 1) การมีเจตคติเชิงบวกและความภูมิใจ (Positive Attitude of Life and Self - Esteem) 2) ความรู้สึกบรรลุเป้าหมาย (Feeling of Accomplishment) และ 3) ความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน (Feeling a Reciprocal Bond) ผู้วิจัยจะนำไปเป็นแนวคิดเบื้องต้นของการศึกษามุมมองเชิงบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ ICD-10 ในรหัสโรค F00, F01, F02, F03, F04 โดยจิตแพทย์ หรือประสาทแพทย์
2. ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง
4. มีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)
5. ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามขั้นตอน ดังนี้
 - 1.1 ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลจากเอกสาร งานวิจัยจากต่างประเทศ และ สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามองค์ประกอบเบื้องต้น
 - 1.2 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยา จำนวน 2 คน และทางด้านการวิจัย เชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำ
 - 1.3 ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา



2. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟัง และผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง แบบวัดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม ที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 คะแนน มีคะแนนรวม 26-130 คะแนน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับ ภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2541) ซึ่งการแปลผล เป็นดังนี้

26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แม้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับนี้จะมีข้อตกลงให้ใช้กับผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี แต่มีการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย เพ็ญฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรกุล (2550) พบว่า มีความเชื่อมั่นที่ .84

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ซึ่งเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโดย Center for Epidemiologic Studies และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดวงใจ กสานติกุล, จิระภา สุทธิพันธ์ และ พวงสร้อย วรกุล (2529) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับระดับอารมณ์เศร้าในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และอาการทางกาย โดยเป็นคำถามทางบวก 4 ข้อ และคำถามทางลบ 16 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0-60 คะแนน โดยแบบประเมิน CES-D ฉบับภาษาไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนในคนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 20.4 ($SD=5.8$) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และแบบวัดนี้ ตริยา เลิศหัตถศิลป์ (2555) ได้นำมาใช้ในการศึกษาเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ” พบว่า จุดตัดคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อค้นหารายชื่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีประวัติรับการรักษาจากทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหลังจากที่บุคลากรของโรงพยาบาลฯ ได้โทรศัพท์พูดคุยกับผู้ดูแล และขอให้ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เพื่อค้นหาผู้ดูแลที่ตรงตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ และขออนุญาตผู้ดูแลในการเข้าร่วมการวิจัยในฐานะผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยเดินทางไปที่บ้านของผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ชี้แจงและอธิบายรายละเอียด ประโยชน์ของการศึกษาให้ผู้ดูแลให้ทราบอย่างชัดเจน โดยไม่ปิดบังและขอความสมัครใจในการให้ข้อมูล แล้วให้ลงนามยินยอมในแบบหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) และหนังสือแสดงความ



ยินยอมให้บันทึกเสียง (Informed Consent Form for Tape Record) เมื่อลงนามยินยอมแล้ว ผู้วิจัยในวันสัมภาษณ์โดยแจ้งให้ทราบว่าสัมภาษณ์ทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60 นาที และให้ผู้ดูแลเป็นผู้กำหนดวัน เวลาที่สะดวก

3. เมื่อถึงวัน เวลา สัมภาษณ์ ปฏิบัติ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก ตามแบบสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ฟังเนื้อหาและถอดเทป

ครั้งที่ 2 สัมภาษณ์ซ้ำในเนื้อหาเดิมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ นำเสียงที่บันทึกมาถอดเทป

ครั้งที่ 3 สัมภาษณ์เพิ่มเติมในเนื้อหาส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ นำเสียงที่บันทึกมาถอดเทป

ทั้งนี้ การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และ 3 จะเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อน ระหว่างที่สัมภาษณ์จดบันทึกพฤติกรรมของผู้ดูแล รวมทั้งบันทึกข้อมูลที่สำคัญที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งข้อมูลจากการสังเกตนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. นำเสียงที่บันทึกมาถอดเทปเป็นภาษาเขียน ตรวจสอบข้อมูลภาษาเขียนและเสียงในเทปให้ตรงกัน อ่านบทข้อมูลภาษาเขียนจนรู้สึกเข้าใจถึงเนื้อหาประสบการณ์ของผู้ดูแลได้ในภาพรวม

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลทำโดยการตรวจสอบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต รวมทั้งในการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลตามประสบการณ์ของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ระหว่างที่สัมภาษณ์มีการอัดเทปซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างครบถ้วน ทุกครั้งสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ และที่สำคัญผลการวิจัยได้ผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันถึงองค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เหมาะสมตามบริบทของสังคมไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) (ศิริพร จีระวัฒนกุล, 2552) โดยเริ่มจากใส่รหัสข้อมูลและจัดกลุ่มข้อมูลย่อยที่มีความเหมือนและต่างกันไว้ด้วยกัน จากนั้นจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความเหมือนเป็นหมวดหมู่และข้อมูลที่มีความต่างเป็นหมวดหมู่ สร้างความเชื่อมโยงในข้อมูลหลักและข้อมูลย่อยที่เป็นส่วนประกอบ และตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 7 คน (จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาล 4 คน) และนำประเด็นที่ได้ไปสนทนากับผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลอีกครั้ง ก่อนที่จะสรุปผลการวิเคราะห์โดย และเขียนบรรยายเนื้อหาตามประเด็นหลักที่ได้และมีประเด็นย่อยสนับสนุน

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (SWUEC/E-049/2559)



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ จำนวน 10 คน โดยเป็น ผู้ชาย 1 คน ผู้หญิง 9 คน มีอายุตั้งแต่ 21-68 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับปริญญาตรี สถานภาพโสด 4 คน และคู่ 6 คน มีอาชีพทำสวน 4 คน รับจ้าง 1 คน งานบ้าน 3 คน ค้าขาย 1 คน และรับราชการ 1 คน ผู้ดูแลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีการเปลี่ยนแปลงของอาชีพภายหลังมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 3 คน (สาเหตุคือสถานที่ทำงานเดิมไกลบ้าน) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ สามี ภรรยา หลาน ลูกสะใภ้ อย่างละ 1 คน ที่เหลือเป็นลูกสาว 6 คน ซึ่งระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ 1-10 ปี และให้การดูแล 6-12 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีผู้ช่วยในการดูแลตั้งแต่ 1-3 คน ผู้ดูแลทั้งหมดมีคะแนนคุณภาพชีวิต (QOL) ในช่วง 96-104 คะแนน และคะแนนซึมเศร้า (CES-D) อยู่ในช่วง 9-19 คะแนน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างนั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) จำนวน 8 คน และชนิดหลอดเลือด (Vascular Dementia) 2 คน โดยมีอายุระหว่าง 67 – 91 ปี เป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 8 คน

2. องค์ประกอบของมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

มุมมองเชิงบวกต่อการดูแล (Positive Aspect of Caregiving: PAC) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมในด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในลักษณะของความรัก ความผูกพันระหว่างกัน ก่อให้เกิดคุณค่า จากการที่ได้กระทำตามความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไปอย่างเต็มความสามารถ และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์อย่างท้าทาย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความผูกพันซึ่งกันและกัน (Reciprocal Bond) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่เกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดการผูกมัดทางอารมณ์ และการกระทำตามบทบาทหน้าที่ในฐานะสมาชิกของครอบครัวและสังคม ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ ความผูกพันทางอารมณ์ และ ความผูกพันทางสังคม

1. ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลซึ่งเกิดจากความรู้สึกผูกพัน ที่ได้ใช้ชีวิตร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันมานาน เป็นสัญญาทางใจที่ต้องดูแลกัน ทำให้แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแล เอื้ออาทร และเกิดความใกล้ชิดผูกพันกันยิ่งขึ้น ดังคำพูด....

“ถ้าจะไปไหน ก็ต้องให้มันนอน เปิดพัดลมให้ ไปได้สักเดียว สักสิบนาที ถ้าปล่อยให้นั่งเฉย ๆ ไม่ได้ เพราะกลัวจะล้ม เป็นห่วง เอ็นดูมัน นึกถึงเมื่อก่อน ไปทำงานที่นอกนา มันคดข้าวห่อไป ฝนตกฟ้าร้อง กางร่มไป ถึงเวลามันก็ไปแล้ว” (ตามผล)

“เพราะความรัก ความผูกพัน ความเป็นพ่อแม่ ความผูกพันระหว่างคนเป็นแม่ลูกก็ต้องผูกพันรักก็คือรัก ทุกคนรักพ่อรักแม่เป็นปกติ” (พี่ใจ)

2. ความผูกพันทางสังคม (Social Bonding) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการระลึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำให้แก่ผู้ป่วยตามบทบาท เช่น บทบาทของลูกที่ต้องกตัญญู ตอบแทน รู้สำนึกในคุณ ด้วยการแสดงความเคารพ นบถื่อ เชื่อฟัง และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบ แสดงออกถึงความเอาใจใส่ จดจ่อตั้งใจ มุ่งมั่นต่อหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย ดังคำพูด...

“อยู่กันมาหลายปี ผูกพันมากกว่า หน้าที่กัน ถ้าไปอยู่กับพี่น้องคนอื่น ลูกคนอื่นก็เรื่องหนึ่ง แต่ถ้าปล่อยให้แม่อยู่คนเดียว มันก็เหมือนกับที่เราสำรวจในหมู่บ้านว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ถ้าเราไม่ดูแล ไม่กตัญญูอีก” (น้าบุรณ์)

“เป็นหน้าที่ก็คือว่าลูกต้องมีหน้าที่ดูแลแม่ ทุกคนลงความเห็นว่ามันน่าจะมาอยู่กับพ่อกับแม่ พี่ก็ถือว่า ลูกได้ดูแลพ่อแม่มันคือหน้าที่อันยิ่งใหญ่” (พี่กาน)

“ไม่ไหวยังงัย ก็ต้องไหว แม่เราคนหนึ่ง แก่เลี้ยงเรามาได้ หน้าที่เราต้องทำ บั้นปลายชีวิตของแม่ เราก็ต้องเลี้ยงแก่ได้ เราต้องทำหน้าที่ของเราให้สมบูรณ์ คำว่าลูกต้องดูแลพ่อแม่ นี่คือวัตรจักรที่มันมีมาแล้ว ไม่มีใครสอน แต่เราทำด้วยความรับผิดชอบ จิตใจเรียนรู้ของเราเอง” (พี่ใจ)

ประเด็นที่ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ที่มีต่อตนเองในด้านดี ยอมรับตนเองและผู้อื่น มองว่าตนเองมีความสำคัญ มีความสามารถ แสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วยสมองเสมือนอย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและมีความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ ความเชื่อมั่นในตนเอง และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Confident) หมายถึง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถ มีทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย แม้จะมีอุปสรรค ก็จะไม่เกิดความย่อท้อ ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเต็มที่ และตั้งใจจะทำให้ได้ดีที่สุด ดังคำพูด....

“ก็รู้สึกดี ไม่มีสิ่งใดที่ทำไม่ได้ เพราะเราได้ทำดีที่สุดแล้ว ทำทุกวันอยู่แล้ว ต้องดูแลให้ถึงที่สุดคิดว่าทุกอย่างเราทำดีที่สุดแล้วจะไปไหนก็ทำให้” (พี่กาน)

“คงดูแลสุดปลายทางแหละ ให้ดีที่สุด คิดว่าแบบนั้นแหละ ถ้าเรามีชีวิตอยู่หลัง ก็เลี้ยงจนจบ ทำเต็มที่” (น้าสาลี)

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองว่ามีความสำคัญ มีคุณค่า และควรได้รับการชื่นชม การยอมรับ จากผู้อื่น ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างไม่ยากลำบาก ดังคำพูด...

“ก็ดีใจนะ ส่วนหนึ่งก็มีเพื่อนมองเห็น สิ่งที่เราทำดี มันก็ส่งผลต่อเรา ทำให้มีกำลังใจ” (พี่รมย์)

“เขาชมนะ ว่าพี่ใจเย็นที่ดูแลยายไม่ได้ยินเสียง (ไม่มีการใช้อารมณ์) เขาบอกว่าทำแบบนี้ได้บุญ” (พี่รัตน์)

“เพื่อน ๆ บอกอยู่เรื่อย เรื่องลำบากแบบนี้ ไม่ค่อยมีใครทำได้ เราทำได้ เขาก็ให้กำลังใจ เราก็คิด ลูกเราเห็น เห็นว่าเราดูแลแม่แบบไหน” (พี่ม่วย)

ประเด็นที่ 3 การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญ (Perceive of Coping Ability) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล ในลักษณะ ตนเองมีทักษะความสามารถที่ใช้ในการลดความขัดแย้ง และความตึงเครียดใน



จิตใจเพื่อให้เกิดความสมดุลภายในตัวเอง ระหว่างบุคคล รวมไปถึงเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมที่มากระทบ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ ประกอบด้วย ประเด็นย่อย คือ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นหลักศาสนา ดังนี้

1. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นอารมณ์ (Perceive of Emotion-Focused Coping Abilities) หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองได้ใช้ความสามารถเพื่อการปรับสภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก หรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การนิ่งเฉย การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิด ความสนใจ การอยู่กับปัจจุบัน การคิดในแง่ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น ในการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึก ดังคำพูด....

“อยู่แบบนี้ ไม่ได้หวังอะไร เราก็อยู่ไปวัน ๆ ไม่ได้ไปคิดว่าต่อไปฉันต้องมีบ้านอยู่ไปแต่ละวัน” (พี่มัย)

“ทำใจเฉย ๆ ไว้ ปล่อยไปเฉย ๆ แม่ก้าวร้าวจึงกับจะฆ่าพี่ แต่คนนอกไม่รู้ เพราะแม่พูดเพราะ แต่งตัวดี โดยปกติไม่อาบน้ำ หรืออาบแต่ใส่เสื้อผ้าเดิม พอทักแม่บอกว่าไม่มีเสื้อผ้าใส่ พี่เลยไปซื้อมาให้ 3 ชุด แยกตาใหญ่ เลยว่าคนรวย พี่เลยตั้งไว้ แล้วแกก็เอาไปใส่เอง ขนมันก็เหมือนกัน บอกให้กินไม่ยอมกินต่อหน้า พี่ต้องทำเป็นไม่เห็น สุดท้ายก็กินหมด” (พี่สุ)

“ปล่อยวางไปเลย จิตใจเราก็สบายใจเอง สละแล้วอยู่เฉย ๆ ไม่คิดอะไรมาก มีบางทีก็ท้อ น้ำตาไหล ออกมาเอง ก็พูดให้คนอื่นฟัง” (ตาผล)

2. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นปัญหา (Perceive of Solution-Focused Coping Abilities) หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ โดยใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิค การทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร เพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจ เลือกลงทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการ และพัฒนาพฤติกรรมของตนเองใหม่ ดังคำพูด.....

“หาประสบการณ์ไปแต่ละวัน สังเกตแกไปแต่ละวันว่าเป็นแบบไหน แต่ละเดือนเปลี่ยนอย่างไร เราต้องศึกษาไปแต่ละวัน ว่าแม่อาการแบบไหน ต้องแก้ไขเอาเอง ความไข้เราต้องเช็คเอง เพราะอาการเปลี่ยนอยู่เรื่อย”(น้าบุญ)

“กระทบพี่ไม่เท่าใด แต่ลูกแหละไม่ได้ไปโรงเรียน บางคืนแม่แกล้ง พี่ไม่ได้นอน ก็เลยบอกว่าใครพาไป ตูตอนกลางวัน หรือกลางคืนก็ได้ พอคุยกันในพื้นที่ กลางวันพี่ ๆ บอกว่าพาไปไม่ได้เพราะต้องทำงาน พี่ก็ว่าพี่ทำได้ แต่กลางคืนช่วยพาไปดูแล ผลัดกัน กลางวันมาส่งให้พี่ ถ้าวันไหนพี่มีธุระ ก็บอกคนอื่นล่วงหน้า ให้เขามาอยู่กับแม่” (พี่ใจ)

“สิ่งใดทำก่อนทำหลัง ก็ต้องคิดไว้ก่อน ทำให้เสร็จ พอถึงเวลาก็เอาข้าวให้กิน พอกินเสร็จ ถ้าอยู่เฉย ๆ เราก็ไปทำงานได้อีก แต่อยู่ข้าง ๆ บ้าน อยู่ในสายตา การทำงานก็ต้องเปลี่ยน จากเดิมทำกัน 2 คน ตอนนี้ก็ต้องผลัดเปลี่ยนกัน คนไหนไปทำ อีกคนก็ต้องอยู่บ้าน”(น้าบุญ)

3. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นหลักศาสนา (Perceive of Religious-Focused Coping Abilities) หมายถึง ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองได้ใช้วิธีการสวดมนต์ การทำบุญ การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา การทำ

สมาธิ และการกระทำตามความเชื่อในหลักคำสอน ด้วยความศรัทธา ในศาสนาที่นับถือ เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สำหรับการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ดังคำพูด....

“รู้สึกว่ามีเวรมีกรรม เวิร์กของเราเอง ที่ต้องมาเป็นแบบนี้ ชาติก่อนโน้นแหละ ไม่ใช่ชาตินี้ ทำให้เราดูแลเขาได้” (ตามผล)

“ช่วงนี้ดีขึ้น เลี้ยงพอเลี้ยงแม่เขาว่าทำได้ทำบุญ ” (พี่มัย)

“ต้องไหว ยังไงก็ต้องไหว แม่เราคนหนึ่ง แกเลี้ยงเรามา เราต้องทำหน้าที่เรา ให้สมบูรณ์ บาปบุญคุณโทษมันมี หยาบกับแม่ก็ไม่ได้ บาปจึง ทำไม่ได้ เมื่อก่อนก้าวร้าว ตอนนี้อยู่ไปเยอะ ตั้งแต่ไปหาพระมาผูกข้อมือนี่ ” (พี่ใจ)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านมีการรับรู้ในลักษณะเชิงสัญลักษณ์ของการได้รับรางวัลมากกว่าความรู้สึกว่าเป็นภาระ โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความผูกพันซึ่งกันและกันประกอบด้วยความผูกพันทางอารมณ์และความผูกพันทางสังคมจากผลการวิจัยที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยเหตุผลของความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยเคยให้กับตนเองมาก่อน สอดคล้องกับแนวคิดของมอล์ม แชเฟอร์ และคอลเลตต์ (Molm, Schaefer & Collett, 2007) ที่กล่าวว่า การให้ผลประโยชน์แก่ผู้อื่นตอบแทนจากผลประโยชน์ที่ตนเองเคยได้รับ เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange) และเป็นพื้นฐานของการวิวัฒนาการสำหรับความร่วมมือ (Cooperation) ในสังคมด้วยความแรงกล้า ของความปรารถนาของบุคคลที่จะทำบทบาทของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพราะว่าเขาเห็นด้วยหรือต้องการจะทำเช่นนั้น เป็นการผูกมัดทางอารมณ์ และเป็นส่วนหนึ่งซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะเป้าหมายของปัจเจกบุคคลแต่ละคนที่สอดคล้องกันที่สำคัญการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นลูกของผู้ป่วยเองความรักความห่วงใยที่มีอยู่เดิม ทั้งจากความใกล้ชิด หน้าที่ตามบทบาท และตามความคาดหวังของสังคม จะยังมีความผูกพันกันมากขึ้นเมื่อต้องให้การดูแลพ่อแม่ที่ป่วย

โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพในครอบครัว จะสร้างเสริมการดูแลให้เป็นมุมบวกมากขึ้น และเป็นการให้รางวัลสำหรับการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เพราะว่า การดูแลแสดงออกถึงการเชื่อมโยงกันทางอารมณ์ (Emotional Connection) ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย ที่ทำให้ผู้ดูแลได้แสดงออกถึงความใกล้ชิด (Intimacy) และความรัก (Love) ซึ่งความรัก อารมณ์ (Affection) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Reciprocity) รวมถึงพันธะสัญญา (Commitment) เป็นแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการให้การดูแล ประสบการณ์การดูแลนำมาซึ่งการพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างกระบวนการการดูแล การดูแลช่วยพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และกับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่บริบทของการดูแล สัมพันธภาพที่อบอุ่นช่วยให้ผู้ดูแลมีความสุข (Well-being) และพึงพอใจต่อชีวิต (Life Satisfaction) หากสัมพันธ์ภาพที่บกพร่องจะเพิ่มความตึงเครียด และวิตกกังวล

2. ความภาคภูมิใจในตนเอง ประกอบด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลมีความคิด ความรู้สึกว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ แม้จะมีอุปสรรค ก็จะไม่เกิดความย่อท้อ ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ด้วยความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ และรู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า และได้รับการชื่นชม ทำให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข ซึ่งองค์ประกอบนี้เป็นความรู้สึกภายในที่บุคคล



มีต่อตนเอง สอดคล้องกับ กรีนสแพน (Greenspan, 2014) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกภายในต่อตนเอง (Internal Sense of Self) ได้แก่ ความรู้สึกถึงความสำคัญ (Feeling of Importance) ความรู้สึกการเป็นเจ้าของ และมีความเป็นตัวตน (Feeling of Belonging and Identity) รวมไปถึงการค้นหาความหมายในชีวิต และเป้าหมายในชีวิต และบุคคลสามารถพัฒนาการมีคุณค่าในตนเองได้จากความศรัทธา (Faith) โดยผ่านการกระทำตามความเชื่อ การมีคุณค่าในตนเอง เป็นพื้นฐานของการเชื่อในความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีความมั่นใจ มีความกล้าและพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ และกิจกรรมที่บรรลุเป้าหมายได้ยาก ยืนหยัดในความตั้งใจของตนจนกว่าจะประสบความสำเร็จ ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองนี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างสร้างสรรค์ ด้วยเหตุผลที่ว่า การยอมรับตนเองและชื่นชมในตนเอง จะทำให้มีการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นแบบเปิดเผย ช่วยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกัน (Rathas & Nevid, 1995) และพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองให้เข้มแข็งขึ้น (Pinquart & Sorensen, 2003) นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลคิดว่าตนเองมีความสำคัญต่อตนเองและมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย หากไม่มีตนเอง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ จะทำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง ให้เข้มแข็งต่อไป และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ด้วยความสุข

3. การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นที่อารมณ์ การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญที่เน้นที่ปัญหา และการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญโดยใช้หลักศาสนา ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์การยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติและมองที่ความเป็นบุคคลที่เคยมองก่อนที่จะป่วย โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ จะมองว่าเป็นเพราะโรค ไม่ใช่เพราะความผิดของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดผลทางบวก และสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ หากผู้ดูแลใช้วิธีการปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงจากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมของตนเองได้ ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ ไม่จำเป็นต้องทำได้ดีเหมือนก่อนป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการเคารพในความเป็นบุคคล ที่มีความรู้สึก และเป็นการลดภาระของผู้ดูแลเอง (Del-Pino-Casado, Frias-Coruna, Palomino-Moral & Pancorbo-Hidalgo, 2011) ส่วนการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับการกิจวัตรประจำของผู้ป่วยในแต่ละวันให้เสร็จก่อน ที่ผู้ดูแลจะไปทำกิจกรรมอย่างอื่น จะช่วยให้ผู้ดูแลลดความยุ่งยากใจในการทำหน้าที่ของตน รวมทั้งการสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน และการเปลี่ยนแปลงตามระยะความรุนแรงของโรค จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการได้สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วย

ส่วนหนึ่งขององค์ประกอบนี้สอดคล้องกับการแนวคิดการเผชิญของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าวิธีการเผชิญปัญหา 2 วิธี คือ 1) การเผชิญที่เน้นที่อารมณ์ (Emotion-Focused) เช่น การค้นหาคุณค่าทางบวก และ 2) เน้นที่ปัญหา (Problem-Focused) เช่น การให้ความหมายกับปัญหา การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา แต่วิธีการแก้ปัญหาของงานวิจัยที่มีเพิ่มขึ้นจากแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน คือ การเผชิญโดยหลักศาสนา อาจเกิดขึ้นจากบริบทของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับศาสนา และด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นทั้งหมด เป็นพุทธศาสนิกชนที่เชื่อในเรื่องของพิธีกรรม บาปบุญ เวรกรรมต่าง ๆ ซึ่งการรับรู้ถึงการใช้ศาสนา เช่น การสวดมนต์ จะช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเอง ได้แก่ เศร้าโศก (Grief) รู้สึกผิด (Guilt) โกรธ (Anger) อึดอัดใจ (Embarrassment) และโดดเดี่ยว (Loneliness) จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลได้ (Kim, Chang, Rose & Kim, 2012; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari & Sourtzi, 2007)

จากผลการวิจัยที่ได้มามองเชิงบวกในบริบทของคนไทยพุทธทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่า มีความแตกต่างไปจากงานวิจัยในต่างประเทศ ที่ชัดเจนในประเด็นของความรู้สึกบรรลุเป้าหมาย (Feeling of Accomplishment) ซึ่งอาจจะเกิดจากลักษณะของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันไปตามอาการของผู้ป่วย ไม่ได้วางเป้าหมายว่าตนเองต้องการอะไร อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูกที่เต็มใจทำหน้าที่ของตน ไม่ได้คาดหวังถึงผลที่ได้รับ เพียงแต่ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด จึงทำให้ประเด็นการบรรลุเป้าหมายจึงไม่เกิดขึ้นในผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรตระหนักและมีการนำมามองเชิงบวกไปใช้ในการเสริมสร้างให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน อาจจะใช้รูปแบบของการให้คำปรึกษา การอบรม การให้ความรู้ หรือในรูปแบบการผสมผสาน
2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสมองเสื่อม ภายใต้การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสบการณ์ในเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลต่อไปรวมถึงการสนับสนุนที่ประกอบไปด้วยข้อมูล แหล่งสนับสนุน การฝึกอบรม การสนับสนุน การทดแทนชั่วคราว และการสนับสนุนด้านการเงิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก เช่น ความพึงพอใจ ความผูกพัน ความภาคภูมิใจ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งของผู้ดูแล และผู้ป่วยสมองเสื่อม

รายการอ้างอิง

- ดวงใจ กษานติกุล, จิระภา สุทธิพันธ์ และพวงสร้อย วรกุล. (2529). ผลของการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิตโดยการวัดเปรียบเทียบกับระดับอารมณ์เศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 31(4): 177-190.
- ติรยา เลิศหัตถศิลป์. (2555). *ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กก้ออทิสติกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. รายงานการวิจัยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กรุงเทพมหานคร.
- เฟื่องฟ้า สีสวย และพวงสร้อย วรกุล. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 52(Suppl): 15-28.
- ศิริพร จิรวัฒนกุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปิทรยศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). *คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.



- Brodaty, H. & Donkin, M. (2009). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues Clinical Neurosci.* 11:217-228. Retrieved December 7, 2014 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. *The 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.
- Contador, I., Fernandez-Calvo, B., Palenzuela, D. L. & 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.
- Del-Pino-Casado, R., Frias-Coruna, A., Palomino-Moral, P. A. & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Coping and Subjective Burden in Caregivers of Older Relatives: a Quantitative Systematic Review. *Journal of Advance Nursing*, 67: 2311-2322.
- Dias, A., Dewey, M. E., D'Souza, J., Dhume, R., Motghare, D. D., Shaji, K. S., et al. (2008). *The Effective of a Home Care Programme for Support Caregivers of Persons with Dementia in Developing Countries: a Randommised Controlled Trial from Goa, India*. Retrieved December 6, 2014 from <http://www.oalib.com/paper/98487#.VJM8gNr-LIU>.
- Greenspan, F. (2014). *First Comes Self-Worth then Comes Self-Esteem*. Retrieved May 22, 2015 from <http://www.farrelgreenspan.com/blog-edmonton-psychologist-therapy-advice/self-worth>.
- 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.
- Huang, C. (2004). Informal Female Caregivers 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 Archive Psychiatry*, 22(2): 62-69.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K. & Kim, S. (2012). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4): 846-855.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, A., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalaporn, 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.
- Molm, L., Schaefer, D. & Collett, J. (2007). The Value of Reciprocity. *Social Psychology Quarterly*, 70(2): 199-217.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. (2007). Caring for a Relative with Dementia: Family Caregiver Burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5): 446-457.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Associations of Stressor and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: a Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology*, 58: 112-128.
- Rao, Vi., Rosenberg, P., Miles, S. Q., Patadia, D., Treiber, K., Bertrand, M., et al. (2010). Neuropsychiatric Symptoms in Dementia Patients with and without a History of Traumatic Brain Injury. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 22(2): 166-172.
- Raina, Parminer. (2008). Effectiveness of Cholinesterase Inhibitors and Memantine for Treating Dementia: Evidence Review for a Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*. 379-397. Retrieved May 13, 2013. From <http://annals.org/article.aspx?articleid=739930>
- Rathas, S. A. & Nevid, J. S. (1995). *Adjustment and Growth: the Challenges of Life*. Florida: Harcourt Brace College Publishers.
- Sanders, S. (2005). Is the Glass Half Empty or Half Full? Reflections on Strain and Gain in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Social Work Health Care*, 40: 57-73.
- Schulz, R. & Martire, L. M. (2004). Family Caregiving of Persons with Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *American Geriatric Psychiatry*, 12(3): 240-249.
- Semiati, 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/Semiati-Oconnor>.
- 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. H., 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.
- Tremont, G. (2011). Family Caregiving in Dementia. *Medicine & Health*, 94(2): 36-38.