

ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิต ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม *

Effects of Self-help Group on Perceived Burden and Well-being of Caregivers of The Elderly With Dementia

อรพรรณ แคนตง **

Orawan Pankong

ดร. วารี กังใจ***

Dr. Waree Kangchai

ดร. รชนีภรณ์ ทวีพยักรานนท์***

Dr. Rachaneeporn Sabgranonth

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองแบบ กลุ่มเดียว เพื่อศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยมีระยะเวลาในการเข้ากลุ่มทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระลอกก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีภาระ และแบบประเมินความผาสุกในชีวิต สภิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ควาเมดี รัลยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียววัดซ้ำ และการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธี LSD ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับ

การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิต ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตสูงกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีภาระ ความผาสุกในชีวิต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to evaluate the effects of self-help group on perceived burden and well-being among caregivers of the elderly with clinical dementia. Ten caregivers of elderly with clinical dementia participated in the self-help group. The self-help group was conducted once a week for six consecutive weeks. The data was collected by means of interview in order to obtain information regarding the burden and well being of these caregivers. Such data were obtained before and immediately after the experiment as well as at four weeks after the experiment. Descriptive statistics and one way analysis of variance with repeated measures and LSD method were performed. The major results revealed that :

1. The caregivers participated in the self-help group perceived less burden in taking care of the elderly immediately after the experiment ($\bar{X}=16.2$) and four weeks after the experiment ($\bar{X}= 6.3$) in comparison to the period prior to the experiment ($\bar{X}=36.5$) ($p<.01$). The level of burden among the caregivers after four weeks participated in self-help group was significantly lower than immediately after the experiment ($p < .01$).

2. Participating in self-help group showed increase level of well-being immediately after the experiment ($\bar{X}=82$) and four weeks after the experiment ($\bar{X}=86.4$) in comparison to the period prior to the experiment ($\bar{X}=60.4$) ($p < .01$).The level of well-being among the caregiver after-four-weeks in

self-help group was significantly higher than immediately after the experiment ($p < .01$).

Keywords : self-help, caregivers for elderly, burden, well-being

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังกลุ่มหนึ่งสำหรับประเทศไทยนี้ ยังไม่มีพบสถิติที่แน่นอน และถ้าเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปัจจุบันประมาณ 160.000 คน เป็น 500.000 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า (ศิริภรณ์ศิริกาญจน์, 2545)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติทางด้านสติปัญญาและความจำ รวมถึงแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Behavioral disturbance) ผู้ดูแลหลัก (informal caregiver) จึงเป็นบุคคลสำคัญบุคคลหนึ่งที่เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแล ผลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบได้แก่ ความกตัญญู กตเวทิตาความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน รู้สึกเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม เกิดความรู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต มีปัญหาค่าใช้จ่ายภายในบ้าน รู้สึกเครียด และภาวะผลสุขภาพในชีวิตลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกับสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ว่าเป็นภาระต่อตนเอง และมีความผาสุกในชีวิตที่ลดลง สาเหตุมาจากการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และรูปแบบหรือวิธีการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะลดความรู้สึกมีภาระและเพิ่มความผาสุกในชีวิตแก่ผู้ดูแล โดยนำกลวิธีของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเช่นมาจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแล ซึ่งพบว่ากลวิธีกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถ

เพิ่มความรู้ความสามารถไปพร้อมกับการส่งเสริมทางด้านจิตสังคมของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ กล้าที่จะเผชิญกับปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหา และสามารถที่จะนำไปปฏิบัติการดูแลได้อย่างเหมาะสม ความรู้สึกเครียดลดลงได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองและความพึงพอใจในชีวิตตามมา ซึ่งผลที่ได้ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกรู้สึกมีภาระที่ลดลงและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที
5. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์
6. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ได้มาด้วยวิธีการสุ่มจากประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวนทั้งหมด 10 ราย ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้สึกมี

ภาระและความผาสุกในชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้ภาวะสมองเสื่อมที่แท้จริงด้วยเครื่องมือแบบตรวจสภาพสมองของคนไทย (TMSE) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) ร่วมกับการตรวจสอบผลการคัดกรองและการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมซึ่งมีระดับรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิง เพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ และไม่หวังรางวัลตอบแทนแต่อย่างใดที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น

ความรู้สึกรู้สึกมีภาระ หมายถึง การรับรู้ภายในจิตใจของผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยประเมินจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดส่วนบุคคลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ในการดูแลนั้น ๆ

ความผาสุกในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต่อสถานการณ์การดูแลที่ประสบอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น มีความรู้สึกมีภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลดลง โดยการสะท้อนหรือแสดงออกทางความรู้สึกว่ามีความพึงพอใจและมีความสุขกับชีวิต

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้มีโอกาสแสดงบทบาทของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน ร่วมกันระบายนความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การดูแล และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม อีกทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลและหาข้อสรุป

การทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในส่วนของเปลือกสมอง มีผลต่อความบกพร่องในด้านสติปัญญา มีภาวะเสื่อมลงโดยเฉพาะในเรื่องความจำเป็นความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจบกพร่อง ความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและการควบคุมอารมณ์ โดยที่ระดับความรู้สึกรู้ตัวนั้นปกติ อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

ชนิดของกลุ่มอาการสมองเสื่อม กลุ่มอาการสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

1. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (dementia/arteriosclerotic หรือ multifarct dementia)
2. ภาวะสมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์
3. ภาวะสมองเสื่อมในวัยชรา เชื่อว่าการได้รับพิษอันตรายเป็นอย่างจกสภาพแวดล้อมที่ละเอียดละน้อย เช่น อุบัติเหตุ สารพิษ การติดเชื้อ

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและอาการแสดง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) มีดังนี้

1. ระดับอ่อน หรือ ระดับที่ไม่รุนแรง (mild) ระยะเวลา 1-3 ปี จะมีอาการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำๆ จนผิดสังเกต ผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านกิจวัตรประจำวันที่อยู่เป็นประจำ
2. ระดับปานกลาง (moderate) ระยะเวลา

2-10 ปี เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิตจำเป็นที่จะต้องมิผู้ให้การดูแล

3. ระดับรุนแรงมาก (sever) ระยะ 3-12 ปี จะสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนอื่น ๆ ได้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่พบได้แก่

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) เครื่องมือนี้ประกอบด้วยเกณฑ์ซึ่งเน้นถึง อาการสมองเสื่อมที่เป็โรคทางกายและจะเน้นถึงอาการสมองเสื่อมที่มีพยาธิสภาพแบบกระจัดกระจาย อีกทั้งสามารถแยกอาการสมองเสื่อมออกจากภาวะซึมเศร้าได้

2. Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินสภาพจิตและระบบประสาท ที่ใช้ในการประเมินสมรรถภาพทางสมอง

การรักษาโรคสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543 ; สุทธิชัย จิตตพันธ์กุล, 2542, หน้า 129) มีดังนี้ การรักษาโดยทั่วไป การรักษาตามอาการเนื่องจากโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นที่จะต้องรักษาตามอาการ อาการที่สามารถควบคุมได้ด้วยยา ประกอบกับผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคสมองเสื่อม จึงต้องทำการรักษาโรคทางกายอื่นๆ ที่ร่วมด้วย อีกทั้งการป้องกันไม่ให้อาการเลวลง การฟื้นฟูสุขภาพและการทำกายภาพบำบัด

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่บ้าน (caregiver or family caregiver) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบคนแรกสำหรับการให้การดูแลผู้รับการดูแลที่บ้าน (รุจา ภูโพนธ์, 2540)

ประเภทของผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (รุจา ภูโพบูลย์, 2540)

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ความข้อดกลงการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

เป้าหมายหลักของการดูแลคือ การคงสภาพความจำของสมองของผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดและดำเนินถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น มีดังนี้ (ลิวรรณอนเนทริกซ์, 2545)

1. การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติกิจวัตรประจำได้แก่ การรับประทานอาหารถ่ายเทและมากผิดปกติ การดูแลน้ำหนักความสะอาดทางร่างกาย และการพักผ่อนและการนอนหลับ

2. การป้องกันอุบัติเหตุการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันปอดอักเสบ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. การคงไว้ซึ่งความจำ

4. การส่งเสริมทางด้านจิตสังคม

ผลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. ทางด้านร่างกาย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายทรุดโทรม และเกิดการเจ็บป่วยตามมาซึ่งอีกสาเหตุหนึ่งอาจมาจากความเครียดเรื้อรัง ที่เกิดจากการดูแลส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามมาได้เช่นกัน

2. ทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความรู้สึกที่ดีต่อกรดูแลคือ เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูตเวทีและเกิดความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2544) ทางลบด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญกับปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ดูแลวิตกกังวลกับอาการของผู้สูงอายุ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจและรู้สึกกับข้อใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย รู้สึกอวย รู้สึกไม่พึงพอใจ และโกรธร่วมถึงการขาดการพบปะกับเพื่อนฝูงและการร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว จึงเป็นเหตุให้เกิดความเครียดและความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามมา และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

3. ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีผลต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวไม่เพียงพอ เนื่องจากรายได้ของครอบครัวส่วนหนึ่งต้องนำไปใช้ในการรักษาผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจและอาจมีผลต่อสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเพื่อนลดลงตามมาได้เช่นกัน

ความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาวะ ภาระ หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต (extent) ที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit, Todd, & Zarit, 1980) และจากการศึกษาของจอร์จ และเกวย์เธอร์ (George & Gwyther, 1986 อ้างถึงใน วิจารณ์ ชะอุ่ม, 2537) ได้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความจำเสื่อม จำนวน 510 ราย พบว่าภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจในชีวิตลดลง เป็นผลมาจากการที่มีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง และมีความเครียดอย่างมาก

ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีภาระ (Chappell & Reid, 2002) ซึ่งความรู้สึกมีภาระนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลง การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า ภาระมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล โดยภาระมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับความผาสุกเชิงจิตวิสัย (subjective well-being) และจากการศึกษาของวิกวารธน์ ชะอุม (2537) พบว่า ภาระในการดูแลและปัญหาการใช้ยาในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) หมายถึง การที่บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เหมือนกันประเภทเดียวกันมารวมกลุ่มกัน ปรีกษาหารือกัน ให้ความช่วยเหลือกัน ในรูปแบบต่างๆ กัน ตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่สมาชิกของกลุ่มร่วมกัน กำหนดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่นๆ กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลต่างๆ ได้ต่อสู้กับวิกฤต-การณ์ต่างๆ ของชีวิต (ครุณี ชุณหะวัต, 2540)

ขนาดของกลุ่ม สมาชิกที่เข้าร่วมทำกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป ขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสมที่สุดคือ 7 คน (Yalom, 1995) แต่นักวิชา

การบางท่านแนะนำว่าขนาดของกลุ่มย่อยที่มีความเหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 7-15 คน

สถานที่ สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรเป็นสัดส่วนหรือเป็นส่วนตัว (privacy) สถานที่ควรเป็นสถานที่เงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่นรบกวนหรือสิ่งที่เป็นเบี่ยงเบนความสนใจและมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้

เวลา ระยะเวลาที่ใช้ทำกลุ่มควรเป็นระยะเวลาที่ว่าง ควรกำหนดเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้ครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ความถี่ของการจัดกลุ่ม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งหรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม

การจัดประสบการณ์ในกลุ่ม (phase of group experience) การจัดการดำเนินการกลุ่มมีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเวลาเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory phase) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที
2. ระยะดำเนินการ (working phase) ระยะนี้สมาชิกจะเริ่มสนใจปัญหาที่แท้จริง ขอมริบปัญหา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที
3. ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (terminating phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาที

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (The one groups pre-post test design) เพื่อทดสอบผลของกลุ่มช่วยเหลือ

ตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสำหรับกรณีวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรและกลุ่มตัวอย่างไว้ดังต่อไปนี้

1. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อความหมาย ความเข้าใจและสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้
2. เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโดยมีความสัมพันธ์ในฐานะ สามี ภรรยา บุตร หลาน พี่น้อง ลูกสะใภ้ หลานสะใภ้ เป็นต้น
3. เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งมีความรับผิดชอบให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่และให้การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน มีภูมิกำเนาอยู่ในอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี
4. มีผู้สูงอายุในความดูแล ซึ่งมีคุณสมบัติคือ อายุ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมซึ่งมีระดับความรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป
5. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวนทั้งหมด 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองแยกโรคผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการดำเนินการการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ของซาริต (Zarit Burden Interview : ZBI) (Zarit et al., 1980) ได้ทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 97 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

2.2 แบบประเมินความผาสุกในชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลมาจากแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของดูพาย (Duppy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) โดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประทอง อินทรสมบัติ, และพรณาดิ พุชวัฒนะ (2532 อ้างถึงใน วิจารณ์ธรรม ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ และคณะ, 2545) ได้ทำการทดสอบกับกลุ่มพยาบาล ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคระหว่าง .87-.95

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองแยกโรคผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

3.1 แบบทดสอบสภาพทางสมองของไทย (Thai Mental State Exam หรือ TMSE) เป็นแบบทดสอบสภาพทางสมองสร้างโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง, 2536) ได้ทำการทดสอบในผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดที่เฮสเวจและคณะ (Yesavage et al., 1983) สร้างขึ้น ได้ทำการทดสอบหาค่าความเที่ยง

ด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง .93

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการและคุณสมบัติที่กำหนดจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลโรคที่จะเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแทนในขณะที่ผู้ดูแลหลักไปเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้ทดลองโดยผู้วิจัยได้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาระยะเวลา 5 ปี ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 การดำเนินการ และระยะที่ 3 การสิ้นสุดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทำแบบสัมภาษณ์ ภาวะของผู้ดูแลและแบบประเมินความพึงพอใจในชีวิต ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีและภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม

สำเร็จรูป SPSS 10.0 for Windows ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลความรูสึกมีภาวะและความพึงพอใจในชีวิตในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรูสึกมีภาวะและความพึงพอใจในชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียววัดซ้ำ (one way analysis of variance : repeated measure)
4. เมื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรูสึกมีภาวะและค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ ทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-59 ปี สภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน 17-24 ชั่วโมง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ โดยทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาวะเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณวิธี LSD ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณวิธี LSD

	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์
เฉลี่ย	16.5	16.2	16.3	16.5	20.1**	20.2**
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5

**p < .01

จากตาราง 1 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณวิธี LSD พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในชีวิตเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณวิธี LSD ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณวิธี LSD

	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์
เฉลี่ย	82.0	82.0	82.0	82.0	82.0	82.0
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10

**p < .01

จากตาราง 2 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณวิธี LSD พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผูกพันในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากจากกลวิธีกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นได้มีโอกาสมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม รวมถึงร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากสมาชิกผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า และได้เห็นแบบอย่าง (role

model) จึงสามารถนำสิ่งที่ได้รับนี้ไปประยุกต์ใช้ได้
ได้ง่ายและมีความเหมาะสมกับตนเอง ผลที่ผู้ดูแล
ได้รับจากการเข้ากลุ่ม คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
ภาวะสมองเสื่อม และได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางในการ
ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้องและเหมาะสม
อีกประการหนึ่งคือ ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบอความรู้สึก
ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เกี่ยวกับประสบการณ์
ในการดูแลผู้สูงอายุ กับบุคคลที่ประสบปัญหา
คล้ายคลึงกัน ช่วยให้ผู้ดูแลเห็น ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว
คลายความวิตกกังวล ลดความรู้สึกกับข้องใจและ
รู้สึกผิด เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น มีกำลังใจ
ภาคภูมิใจในบทบาทของตนเอง ประกอบกับภายหลัง
เสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มมีการสร้างเครือข่ายซึ่งเป็นการ
เสริมสร้างให้ผู้ดูแลนั้นได้รับความช่วยเหลือจาก
บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้แก่ การได้รับข้อมูล
และคำแนะนำในการแก้ปัญหาการได้รับแรงสนับสนุน
ทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถ
เผชิญปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่าง
เหมาะสม ตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะ
สมองเสื่อม ด้วยเหตุนี้ผลกระทบที่ผู้ดูแลนั้นได้รับจาก
การให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย
ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจจึงลดลงได้ถึง
แม้เสร็จสิ้นการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองไปแล้ว
4 สัปดาห์

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะ
สมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตระยะ
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าระยะก่อนการ
ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผล
ที่ผู้ดูแลนั้นได้รับดังที่กล่าวในข้อที่ 1 อีกทั้งยังมี
ประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มขึ้นจนกระทั่งก่อให้เกิด
ทักษะในการดูแลในที่สุดช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลนั้น
สามารถเผชิญปัญหา และมีแนวทางในการแก้ปัญหา
ซึ่งการที่บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและ
มีแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมก็แสดงว่า
บุคคลนั้นสามารถควบคุมตนเองได้ทั้งจากภัยที่

คุกคามทางด้านร่างกาย และภายในจิตใจ รวมถึง
เป็นการป้องกันความเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีสาเหตุ
มาจากภาวะเครียดเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นเครื่องปกป้อง
ภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (Lazarus &
Folkmann, 1986) ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ผู้ดูแล
ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความพึงพอใจ และมี
แบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ดีเกินไปตามปกติ ส่งผล
ให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตถึงแม้เสร็จสิ้นการเข้า
ร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปแล้ว 4 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากร
ทางการพยาบาลสามารถนำกลวิธีกลุ่มช่วยเหลือ
ตนเองไปประยุกต์ใช้ในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
ขึ้นในชุมชนและโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสามารถ
นำไปให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ
เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค
เบาหวาน เป็นต้น เพื่อลดความรู้สึกมีภาระและความ
ไม่พึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณะจารย์ใน
สถาบันการศึกษา สามารถนำแผนกลุ่มช่วยเหลือ
ตนเองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ ไปใช้ประกอบในการ
จัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับ
วิธีการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

3. ด้านการวิจัย ในการวิจัยครั้งต่อไปควร
ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มผู้ดูแล
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อความรู้สึกมีภาระและ
ความพึงพอใจในชีวิต เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นต้น และควรศึกษาผล
ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อตัวแปรอื่นๆ เช่น ภาวะ
ซึมเศร้าของผู้ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูง
อายุ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล คุณภาพ
การดูแล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีนั้นเนื่องด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ท่าน คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบและแก้ไข ในข้อเสนอนั้นๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จ สมบูรณ์ อีกทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเข้าร่วมการ ทดลองจนเสร็จสิ้นการทดลอง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

บรรณานุกรม

กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). Clinical epidemiology of cerebrovascular disease. ใน จเร ผลประเสริฐ, สุรัชย์ เถาเพชรรม, และกัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ), *Stroke : Cerebrovascular disease* (หน้า 3-34). กรุงเทพฯ : เข็มรุ่มกัมปบลิชเซอร์.

ดรณี ชุนหวัด. (2540). การส่งเสริมการ ดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ใน สมจิต หนู เจริญกุล.(บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และ ศิลปะทางการแพทย์บาล*. กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินติ้ง.

รุจา ภูโพนุลย์. (2540). *การพยาบาลครอบครัว*. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2545). การดูแลผู้ สูงอายุโรคสมองเสื่อม. [online]. Available: [http://www. Geocities.com/ Alzheimerasso](http://www.Geocities.com/Alzheimerasso).

วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2537). *ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภาวรรณ ชะอุ่ม. และคณะ. (2545). ความเครียดและการเผชิญความเครียด และความ ผาสุกในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต ชั้นปีที่ 1. *วารสารพยาบาลบรมราชชนนีย์*. 8 (2), 94-95.

ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2544). ทักษะการของผู้ดูแล. ใน *การประชุมวิชาการ prevention and remedies of disability* (หน้า 69-73). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิรินทร์ จันศิริกาญ. (2545). *สื่อสุขภาพ. คู่มือ เพื่อสุขภาพ*. 5 (53), 1-4.

สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. (2542). *ปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

Chappell & Reid. (2002). Burden and well-being among caregivers : Examining the distinction. *The Gerontologist*, 42 (6), 772-780.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Stress appraised and coping*. New York: Springer.

Mc Dowell.L., & Newell, C. (1996). *Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires*. New York : Oxford University Press.

Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York : Basic Books.

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach, P.J. (1980). Relatives of the impaired elderly : Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.