

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Effects of Family Caregiving Support on Caregiving Burden among Family Caregivers of Older Person with Dementia

Received: Mar 3, 2020

Revised: Apr 24, 2020

Accepted: May 5, 2020

ปณวัตร สันประโคน พย.ม. (Panawat Sanprakhon, M.N.S.)¹อรนุช ชูศรี ปร.ด. (Oranuch Chusri, Ph.D.)²ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ค.ด. (Sresuda Wongwiseskul, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นการสูญเสียความสามารถในการรู้คิดและการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยมักแสดงพฤติกรรมและอาการทางจิต จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวเกือบทุกด้าน อันนำไปสู่การเกิดภาระในการดูแลกับผู้ดูแลหลัก งานวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมุ่งศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน ทำการสุ่มโดยการจับสลากจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 15-60 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มใหญ่ 2 ครั้งและกิจกรรมดูแลต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งและติดตามทางโทรศัพท์อีก 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามภาระของผู้ดูแลฉบับภาษาไทย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติที่

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับภาระในการดูแลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อจัดกิจกรรมดูแลครอบครัวที่มีบุคคลเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลของครอบครัว

คำสำคัญ: ภาระในการดูแล, ผู้ดูแลหลักในครอบครัว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม, แรงสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดินด้านการวิจัยปีงบประมาณ 2561 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

¹Corresponding author, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, Email: panawat.san@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต Email: oranuch_chu@dusit.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต Email: sresuda_won@dusit.ac.th

Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

Abstract

Dementia is a memory loss and functional decline. People with dementia usually have Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and they are dependent on their family caregivers. These limitations of the patient have resulted in the caregiver's burden. This quasi-experimental study aimed to examine effects of the Family Caregiving Support Program (FCS) on burden among primary caregivers of older person with dementia in their family at least six months. Participants consisted of 30 family caregivers who are equally randomly assigned to an experimental and a control group. Those in experimental group received usual care combined with five sessions of FCS involving a group discussion, and two sessions of continuing care and telephone visit. This comprised of 15-60 minutes within 8 weeks. Caregivers in control group received activities from usual care. Thai version of the Zarit Burden interview was used to measure the caregiver's burden. Data were analyzed using independent t-test.

Results: At baseline, the burden mean score of both groups was not statistically significant difference ($p>.05$). After completion of the FCS, the burden mean score of the experimental group was statistically significant lower than the mean score of those prior to implementing the program ($p<.05$). Mean score of the experimental group was statistically significant lower than the mean score of the control group ($p<.05$). Therefore, FCS in this study would be useful to decrease burden in family caregivers of older adults with dementia. It should be conducted to help families taking care of dementia patients.

Keywords: burden, family caregivers, older persons with dementia, social support

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งพบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงในปัจจุบันมากถึง 50 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2050 จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเป็น 152 ล้านคน¹ สอดคล้องกับข้อมูลการรายงานภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทยที่พบว่า แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในประเทศทำให้ไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องทางความคิดและความจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมที่พบจำนวนผู้ป่วยแล้วประมาณ 600,000 คน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2.08 ล้านคนในอีก 30 ปีข้างหน้า² ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเกี่ยวกับการทำงานของสมองด้านความจำ ความคิด พฤติกรรมและความสามารถ

ในการทำกิจกรรม เกิดจากเซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายหรือมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับสมองหลายบริเวณ โดยจะมีผลกระทบต่อบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองไม่ได้จึงเกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการทางจิต (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว หลงผิด หูแว่ว ซึมเศร้า เฉยเมย หลงทาง ไม่รับประทานอาหารและนอนไม่เป็นเวลา³ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหารและการใช้ห้องน้ำ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับผลศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างมากในการใช้ชีวิตประจำวัน

ด้านความคิดและการตัดสินใจ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม^{4,5}

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อข้อจำกัดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสูญเสียความคิด ความจำและการตัดสินใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเกือบทุกด้านและรับภาระในการดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยบ่อยครั้ง โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบทุกรายจะแสดงพฤติกรรมและอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ และพฤติกรรมนี้จะแสดงอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ในระยะกลางและขั้นรุนแรง⁶ จากผลการศึกษาวิจัยระบุว่า อาการก้าวร้าวของผู้ป่วย การถามคำถามซ้ำ ๆ การทดสอบค่าที่รุนแรง รวมทั้งการนอนไม่เป็นเวลา ก่อให้เกิดความรู้สึกกดดันและความเครียดแก่ผู้ดูแล^{5,7} สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแล (burden) ของผู้ดูแลมากที่สุด⁸ โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์อาการล่วงหน้าได้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของสมอง การดำเนินโรคและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งพฤติกรรมและอาการเหล่านี้มีความซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถรับมือและจัดการกับปัญหาได้เพียงลำพัง ทำให้แสดงอาการเครียดออกมทางด้านร่างกาย เช่น ปวดหลัง เมื่อยล้า เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจในเชิงลบ เช่น ความเครียดที่รุนแรง วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายของผู้สูงอายุ รู้สึกอับอายจากการพูดและถามซ้ำๆ ของผู้ป่วยและมีภาวะซึมเศร้า⁹ ในขณะเดียวกันอาจรู้สึกผิดเมื่อต้องใช้คำพูดที่แสดงออกถึงอารมณ์หงุดหงิด โมโหร้ายหรือก้าวร้าวของตนเอง ต่อว่าผู้สูงอายุเมื่อสื่อสารกันไม่เข้าใจ นอกจากนั้นผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทางเศรษฐกิจเพราะต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ทำให้ขาดรายได้ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น มีหนี้สินจากการกู้ยืมมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน^{10,11} ตลอดจนผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ ขาดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในบทบาทของผู้ดูแล รู้สึกถูกตัดขาดจากเพื่อน มีอิสระน้อยลง ไม่มีเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่ตนชอบและไม่รู้สักอยากทำกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจ^{9,11} สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนการของความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (caregiving stress process) และทุกมิติล้วนเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งสิ้น อันจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้ดูแลลดลง¹¹

จะเห็นได้ว่าการดูแลบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความซับซ้อน หากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมหรือมีแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่ดี ก็อาจทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นลดลงได้ อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีแต่ก็ไม่อาจรับรองได้ว่าผู้ดูแลเหล่านั้นจะไม่ต้องขอความช่วยเหลือ¹² เพราะผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องซ้ำ ๆ อย่างไม่สิ้นสุดและไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า ไม่ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์การดูแลสมาชิกในครอบครัวมาก่อนหรือไม่ หรือมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมานานพอที่จะสามารถปรับตัวได้ ก็ไม่สามารถทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ลดลง⁸ ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วย เพื่อลดภาระในการดูแล ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผ่านมาได้เน้นการจัดการความรู้สึกที่เป็นภาระด้วยจิตบำบัดเพื่อจัดการกับอารมณ์ทางลบในผู้ดูแล (Cognitive Behavioral Therapy) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดและพฤติกรรม¹³ ตลอดจนการจัดการทางจิตสังคม ได้แก่ การทบทวนชีวิตคู่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเพื่อเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี¹⁴ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการฝึกการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้ดูแล¹⁵ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้เน้นการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการทางจิตของผู้ป่วยซึ่งเป็น stressors ที่สำคัญและเป็นตัวแปรทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับสูง¹⁶

การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนในครอบครัว โดยเน้นการสนับสนุนความรู้และสร้างทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควบคู่กับการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและลดภาระจากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมลงได้ โดยมีเป้าหมายในการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับภาวะในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Model)¹⁷ เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ซึ่งเขาเสนอให้นิยามแรงสนับสนุนประเภทนี้ว่า แรงสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ และได้จำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) และ 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนและลดภาระในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษา meta-analysis พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ในระดับสูง และ ความสัมพันธ์ของภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) มีขนาดความสัมพันธ์กันในระดับสูงและสูงกว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (received social support) ซึ่ง perceived social support นั้นไม่ได้เกิดขึ้นเองจำเป็นต้องให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ¹⁶ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมตามแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านนี้เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การสนับสนุนความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองแก่ผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือในการฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล และให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อให้การสนับสนุนความเห็นอกเห็นใจซึ่งกัน ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี

ภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้หรือรู้สึกได้รับการเอาใจใส่และทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลัง การทดลอง ดำเนินการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว เป็นตัวแปรต้นและภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักเป็นตัวแปรตาม ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึงได้ (assessable population)

คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมจากแพทย์และมีรายชื่อในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้ถูกคัดเลือก (recruitment) ระหว่าง

เดือน มีนาคม- กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ในกรณีที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการทดสอบด้วยแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป และ 4) เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ความดูแลนั้นจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีระดับคะแนนการทดสอบความรู้คิดจาก TMSE น้อยกว่า 23 คะแนน และ 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย นอกจากนั้นผู้ดูแลหลักต้องไม่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง 8 สัปดาห์ 2) เคยถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า โรคเครียด หรือโรคหัวใจขาดเลือด และ 3) เปลี่ยนผู้ให้การดูแล หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลอยู่นั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่า effect size จากผลการวิเคราะห์ระดับภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 5 คนจาก pilot study ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.4 กำหนด power analysis เท่ากับ 95% ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ผลคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน เพิ่มจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างอีก ร้อยละ 25 เพื่อป้องกัน drop out โดยประมาณการณ์จากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้
1) จัดเรียงรายชื่อของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 84 คน 2) สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในระบบคอมพิวเตอร์จำนวน 30 คน โดยใช้เพศเป็นตัวกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
3) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณต่อผู้ที่ไม่ได้ถูกสุ่มให้เข้าร่วมโครงการ และ 4) สุ่มสลาจาก 30 รายชื่อตามเพศหญิงและชายตามลำดับเพื่อจัดเข้ากลุ่ม โดยกำหนดสลา E ให้เป็นกลุ่มทดลอง และ C เป็นกลุ่มควบคุม ได้จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่า ๆ กัน กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย: โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว ได้ถูกออกแบบกิจกรรมโดยใช้ Social Support Model ของ House¹⁷ ในองค์ประกอบ 4 ด้านและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว¹⁹ ร่วมกับใช้วิธีการอื่น ๆ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำเนินการ 3 ขั้นตอน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง 15-60 นาที ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมกลุ่มของผู้ดูแล 15 คน จัดที่ รพ.สต.มหาสวัสดิ์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและกำลังใจภายในกลุ่ม (emotional support) และร่วมแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (informational support) เพื่อสร้างความเข้าใจในธรรมชาติของโรค และ 2) การสาธิตและฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุ (instrumental support) ให้กับผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) และการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือด้านการกระทำ (instrumental support) จัดกิจกรรมนี้ที่บ้าน จำนวน 1 ครั้งโดยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันระบุปัญหาจากการดูแลและจัดหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุนด้านอารมณ์และความรู้สึก (emotional support) โดยเปิดโอกาส

ให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจและแสดงความห่วงใยเห็นอกเห็นใจกัน ตลอดจนติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (telephone visit) 2 ครั้ง เพื่อติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติและให้การสนับสนุน การประเมินตนเอง (appraisal support) ด้วยการให้ข้อมูล ป้อนกลับ (feedback)

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้าน (home visit) เพื่อติดตามประเมินผลจากการปฏิบัติและให้คำแนะนำในการ แก้ไขปัญหาที่ต้องการแก้ไขเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ กับผู้สูงอายุ และสอบถามจากผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศและโรคประจำตัว และ คัดกรองระดับความรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยแบบการตรวจสภาพ จิตแบบย่อฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) ซึ่งใช้วัดสมรรถภาพของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการ รับรู้เวลาสถานที่และบุคคล ด้านความจำ ด้านความตั้งใจ ด้านการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและแสดงออกทาง ภาษาและด้านความจำเฉพาะหน้า ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2. แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมแบบ พหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)²⁰ ซึ่งแปลภาษาไทยด้วยกระบวนการแปล ย้อนกลับ (back translation) เรียบร้อยแล้ว²¹ ใช้เพื่อประเมิน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและความช่วยเหลือของผู้ดูแล ที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งใช้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมตามกรอบแนวคิดของ Social Support ไปแล้ว 1 เดือน¹⁷ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็น Likert scale 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง MSPSS มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ .86

3. แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัย นำแบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI)²² ซึ่งถูกแปล ภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับแล้ว²³ ใช้เพื่อวัดระดับ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลในสัปดาห์ที่แรกและสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดใน

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 22 ข้อ จำแนกคำถามเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ด้านความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ลักษณะคำถามมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert ration scales) 5 ระดับ จาก 0-4 โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นประจำได้ 4 คะแนน และไม่เคยเลยได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนรวมดังนี้ คือ 0-21 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21-40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ .92

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลครอบครัว อาจารย์พยาบาลชุมชนและพยาบาลครอบครัว หลังได้รับข้อเสนอแนะและปรับแก้ตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ภาษาและเนื้อหา จึงขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์และทำ pilot study กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 5 คน พบว่า ระยะเวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งยาวนานเกินไป จึงปรับให้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นครั้งละ 15 นาที และกิจกรรมอื่นๆ อยู่ระหว่าง 30-60 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้ง 5 คนนี้ไปคำนวณค่า effect size ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย พร้อมทั้งได้รับคำอธิบายโดยละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ ได้รับข้อมูลในการถอนตัวจากการวิจัยที่สามารถทำได้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้าและให้ความมั่นใจว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การรับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสิ้น หลังเสร็จกิจกรรมและพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้ จึงนำโปรแกรม

ไปเสริมสร้างทักษะและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต (SDU-RDI-2018-015)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

2. ผู้วิจัยเชิญผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาเข้าร่วมการวิจัยผ่านการประชาสัมพันธ์ โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการบอกกล่าวโดยไม่มีการบังคับแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน ๆ ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์แรกและวันศุกร์สุดท้ายของทุกเดือน เวลา 8.30 น.-12.00 น. นอกจากนั้นได้ประชาสัมพันธ์ผ่านชมรมผู้สูงอายุซึ่งจัดขึ้นที่รพ.สต. มหาสวัสดิ์ ตรงกับวันอาทิตย์แรกของทุกเดือน

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่ให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการและคัดกรองผู้สูงอายุด้วย TMSE เพื่อคัดเลือกผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการศึกษาเข้าร่วมวิจัยต่อไป

4. ดำเนินงานสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการตามที่กล่าวมาแล้ว และอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ กิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การออกจากการศึกษาและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้ง 2 ฉบับ

5. ดำเนินการสุ่มจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (simple random assignment)

6. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล MSPSS และ ZBI ฉบับภาษาไทย เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับบริการตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (usual care) จากคลินิกผู้สูงอายุและโรคสมองเสื่อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งถูกจัดขึ้นเป็นประจำทุกเดือนเพื่อให้

บริการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ ทำหน้าตรวจอาการและสั่งการรักษาทั้งแบบวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เกสส์กร ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ญาติผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยผ่านการบำบัดแบบไม่ใช้ยา ด้วยกิจกรรมบำบัดและสอนสุขศึกษาแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการและอาการแสดงที่ต้องระวังและการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย รวมถึงฝึกทักษะการช่วยเหลือชีวิตประจำวัน เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยเข้าห้องน้ำ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการกระตุ้นสมอง เช่น เล่นเกม จีบแอล เป็นต้น

7. จัดกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวแก่ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลอง โดยรายละเอียดใน

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว

แต่ละขั้นตอนและแต่ละสัปดาห์ เป็นดังตารางที่ 1

8. เมื่อกิจกรรมสิ้นสุดลง ผู้ช่วยวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาระในการดูแลด้วย ZBI ทั้ง 2 กลุ่มและเมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเพศ อายุ และโรคประจำตัว โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นตามกระบวนการและวิเคราะห์ภาระในการดูแลเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test)

สัปดาห์ที่	ขั้นตอนที่	กิจกรรม	ความเชื่อมโยงกับ Social Support Model
1	1	การสร้างสัมพันธ์ภาพแบ่งปันประสบการณ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภายในกลุ่ม	- Informational Support - Emotional Support
2	1	การสาธิตและฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแล	- Instrumental Support
3	2	การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ตั้งเป้าหมายและวางแผนการแก้ไขปัญหาในบริบทครอบครัวและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว	- Instrumental Support - Emotional Support
4	2	การเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Telephone Visit) ใช้ Scaling Question ว่า “วันนี้คุณอยู่ตรงไหน” เป็นต้น เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหา	- Appraisal Support - Feedback
5	2	ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินการรับรู้ความช่วยเหลือและการรับแรงสนับสนุนจากโปรแกรมด้วย MSPSS ฉบับภาษาไทย	
6	2	การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ใช้ Scaling Question และให้ความมั่นใจในการแก้ปัญหา	- Appraisal Support - Feedback
7	2	ไม่มีกิจกรรม แต่เป็นช่วงที่ให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	
8	3	การเยี่ยมบ้าน (Home visit) เพื่อประเมินผลตามเป้าหมายที่ผู้ดูแลตั้งไว้ พร้อมชื่นชมและแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะที่ต้องการแก้ไขเพิ่มเติม	- Emotional Support - Feedback

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) โดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.60 ปี และผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม 54.33 ปี มีวุฒิการศึกษาใกล้เคียงกันคือ สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป และรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลโดยที่ประกอบอาชีพร่วมด้วย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น บุตรและสามี-ภรรยาของผู้รับการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อมที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 80.70 ปี และในกลุ่มควบคุม 74.70 ปี โดยมีระดับของความรู้คิดจากการทดสอบด้วย TMSE อยู่ระหว่าง 15-23 คะแนนและมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.43 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้ทุกคนมีโรคร่วมอื่น ๆ และส่วนใหญ่เป็น โรคเบาหวาน (ร้อยละ 33.40) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.00) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีโรคพาสันร่วมด้วย ร้อยละ 26.70 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n = 15)	กลุ่มควบคุม (n = 15)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ	25-44 ปี	2 (13.33)	10 (66.67)
	45- 64 ปี	8 (53.33)	5 (33.33)
	>65 ปี	5 (33.34)	-
	Mean = 59.6, SD. = 15.42	Mean = 54.33, SD. = 9.34	
เพศ	ชาย	5 (33.33)	5 (33.33)
	หญิง	10 (66.67)	10 (66.67)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	1 (6.67)	-
	ประถมศึกษา	3 (20.00)	4 (26.67)
	มัธยมศึกษา	7 (46.67)	5 (33.33)
	อนุปริญญาขึ้นไป	4 (26.66)	6 (40.00)
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (6.67)	6 (40.00)
	รับราชการ	-	1 (6.67)
	รับจ้าง	12 (80.00)	4 (26.66)
	ค้าขาย/อาชีพอิสระ	2 (13.33)	4 (26.66)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	สามี-ภรรยา	4 (26.70)	4 (26.67)
	บุตร	10 (66.70)	6 (40.00)
	ญาติพี่น้อง/หลาน	1 (6.60)	5 (33.30)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	Mean	SD.	t	df	Mean	SD.	t	df
กลุ่มทดลอง (n=15)	44.27	8.45	0.10	28	52.07	10.22	2.36*	28
กลุ่มควบคุม (n=15)	43.93	9.14			43.53	9.57		

*p<.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ภาวะการดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	Mean	SD.	t	df	Mean	SD.	t	df
กลุ่มทดลอง (n=15)	46.13	12.01	.097	28	38.27	9.94	-2.15*	28
กลุ่มควบคุม (n=15)	45.73	10.57			46.27	10.46		

*p<.05

ส่วนที่ 2 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม พบว่ามีค่าเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่หลังจากได้รับโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่า ระดับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตามตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 ระดับภาวะในการดูแล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแล ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับภาวะปานกลางถึงมาก (Mean = 46.13, SD. = 12.01) เช่นเดียวกับกับกลุ่มควบคุม (Mean = 45.73, SD. = 10.57) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีภาวะในการดูแลอยู่ระดับน้อยถึงปานกลาง (Mean = 38.27, SD. = 9.94) ส่วนกลุ่มควบคุมยังมีระดับภาวะปานกลางถึงมาก (Mean = 46.27, SD. = 10.46) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่ม

พบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษา สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากภาวะในการดูแลที่เกิดจากข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางความจำความคิดและพฤติกรรม และต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ซึ่งผู้ดูแลมักมีความกดดันเมื่อต้องจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงเกิดความตึงเครียด (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) เมื่อผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (received social support) จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การให้คำปรึกษาครอบครัว การให้กำลังใจและ feedback ผ่านทางโทรศัพท์ จึงทำให้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และส่งผลให้ระดับระดับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงหรือต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการของการลดภาวะในการดูแลตาม Social Support Model¹⁷ และ

สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงทดลองในต่างประเทศที่ทำการศึกษาศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวเป็นแหล่งของแรงสนับสนุน ด้วยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการให้ความรู้แบบกลุ่มจากสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเกิดการรับรู้แรงสนับสนุนเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทำให้ระดับภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลลดลง²⁴ ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ได้รับการกระตุ้นด้วยโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและเกิดการรับรู้เชิงบวกต่อการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม²⁵ สอดคล้องกับผลการทดสอบโปรแกรมการสร้างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้วยระบบ Internet Online แก่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ พบว่า สามารถเพิ่มการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแล พร้อมทั้งแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมทางบวกต่อผู้ที่ได้รับการดูแล และทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น²⁶ ทั้งนี้สอดคล้องกับผล systematic review และ meta-Analysis ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการช่วยเหลือด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผ่าน Web-Based Online ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สามารถเพิ่มการรับรู้แรงทางสังคมและรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักได้ ตลอดจนสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลได้เช่นกัน²⁷ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pankong, และคณะ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้สึกเชิงบวกของผู้ดูแลในประเทศไทยต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ประยุกต์โปรแกรมโดยใช้ Kramer's two-factor adaptation ร่วมกับ Social Support Model พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมมีความรู้สึกเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น²⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีทักษะการให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว

ด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและฝึกภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลชุมชน หรือการให้บริการวิชาการแก่สังคมโดยการเตรียมผู้ดูแลหลักในครอบครัวให้มีทักษะในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long term care service)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คัดกรองผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับภาระหรือความเครียดที่รุนแรง โดยการพิจารณาถึงความรุนแรงของผู้ป่วย (severity) หรือพฤติกรรมและอาการทางจิต (BPSD) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการขั้นรุนแรงหรือมีปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตเพื่อพัฒนาและกำหนด intervention ที่สามารถลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การดูแลสุขภาพของผู้ดูแล หรือด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือในการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น หรือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตเภท และภาวะสมองเสื่อมร่วมกับโรคพาร์กินสัน เป็นต้น

References

1. Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2018;14(3):367-429.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai elderly 2016. Nakhon Pathom Printery Co.,Ltd.: Mahidol University; 2016. (in Thai)
3. Baharudin AD, Din NC, Subramaniam P, Razali R. The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC public health* 2019;19(4):447.
4. Boonpeng A, Sasat S. Care needs in older persons with early, moderate and late stage dementia Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
5. Ondee P, Panitrat R, Pongthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2013;17(2):167-80.
6. Mukherjee A, Biswas A, Roy A, Biswas S, Gangopadhyay G, Das SK. Behavioural and psychological symptoms of dementia: correlates and impact on caregiver distress. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 2017;7(3):354-65.
7. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients at department of psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012;57(3):335-46.
8. Dhandapani M, Gupta S. Specific health effects of care-giving stress and its management. *Indian Journal of Psychiatric Nursing* 2018;15(2):53.
9. Panawat S, Nujjaree C, editors. The effectiveness of Dyadic Care Management Programs of Informal Caregivers for Persons with Dementia on Well-being Outcomes: A Systematic Review 2019-The 7th Burapha University International Conference on Interdisciplinary Research 2019; Bangsaen Heritage Hotel, Chonburi, Thailand Burapha University.
10. Subindee Ss. Community's perception of the older persons with dementia. *Journal of Nursing Science and Health* 2018;41(3):54-65. (in Thai).
11. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist* 1990;30(5):583-94.
12. Paphitchayalak T, Sirilak S, Chommanard S. Factors related to the need of elderly caregivers in caring for family members with cancer *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.* 2016;32(2):43-55. (in Thai)
13. Hengudomsut P, Kangchai W, Pathumarak N, Paokanha R. The effect of cognitive behavior modification program on stress among caregivers of older adults with dementia. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2016;11(1):1-9.

14. Udomlap R, Kespichayawattana J. The Effect of couple life review program on burden of spouse caregivers of older persons with dementia. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018;30(3):103-15. (in Thai)
15. Worakhunphiset K, Sasat S. The Effect of Home Environmental Arrangement and Progressive Muscle Relaxation Program on Stress in Caregivers of Older People with Dementia. *kuakarun Faculty of Nursing* 2015;22(1):82-97. (in Thai)
16. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One* 2018;13(1):1-18.
17. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Annual review of sociology* 1988;14(1):293-318.
18. Judge KS, Yarry SJ, Looman WJ, Bass DM. Improved Strain and Psychosocial Outcomes for Caregivers of Individuals with Dementia: Findings from Project ANSWERS. *The Gerontologist*. 2012;53(2):280-92.
19. Saisamorn C NW. Family therapy: counseling and empowerment of positive thinking in family. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015;16(1):14-21. (in Thai)
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
21. Boonyamalik P. *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use: Johns Hopkins University; 2005.*
22. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist* 1980;20(6):649-55.
23. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of nursing and education* 2011;4(1):62-75. (in Thai)
24. Rosell-Murphy M, Bonet-Simó JM, Baena E, Prieto G, Bellerino E, Solé F, et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. *BMC Family Practice* 2014;15(1):53:1-9.
25. Han JW, Jeong H, Park JY, Kim TH, Lee DY, Lee DW, et al. Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2014;26(10):1639-48.
26. Dam AE, de Vugt ME, van Boxtel MP, Verhey FR. Effectiveness of an online social support intervention for caregivers of people with dementia: the study protocol of a randomised controlled trial. *Trials* 2017;18(1):395.
27. Ploeg J, Ali MU, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, Fitzpatrick-Lewis D, et al. Caregiver-Focused, Web-Based Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis (Part 2). *J Med Internet Res* 2018;20(10):e11247.
28. Pankong O, Pothiban L, Sucamvang K, Khampolsiri T. A randomized controlled trial of enhancing positive aspects of caregiving in Thai dementia caregivers for dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2018;22(2):131-43.