



ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตฤพรารณา พิศาลสารกิจ วท.บ.*

ปิติพร สิริทิพากร พย.ม.**

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล พ.บ.***

(วันรับบทความ 29 ธันวาคม พ.ศ.2562/ วันแก้ไขบทความ 16 เมษายน พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 97 ราย กับคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 104 ราย และติดตามผลของโปรแกรมการอบรมฯ ภายหลังได้รับการอบรม 3 เดือน ทางไปรษณีย์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลของ Zarit แบบสอบถามความพึงพอใจและการนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test Mann-Whitney U test และ Wilcoxon's sign rank test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า และมีความรู้สึกเป็นภาระที่มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังที่ได้รับการอบรมฯ แล้ว 3 เดือน มีความมั่นใจในการดูแลได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลได้ในระดับมาก ร้อยละ 48.5 นำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกครอบครัวหรือผู้อื่นได้ในระดับมาก ร้อยละ 42.3 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการอบรม ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระ ภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหน่วยคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

**ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยมัลติดรากรุ่น 2 และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

***ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ศาสตราจารย์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาฯ

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: duj.pisal@gmail.com Tel: 088-2776313



Effects of the Caregivers Training Program on Quality of Life and Caregiver Burden of Caregivers of Persons with Dementia

Dujpratana Pisalsarakij B.Sc.*

Pitiporn Siritipakorn M.N.S.**

Weerasak Muangpaisan MD***

(Received Date: December 29, 2019, Revised Date: April 16, 2020, Accepted Date: May 1, 2020)

Abstract

This study was a study to determine the quality of life and perceived burden of caregivers of persons with dementia and without dementia who attended the caregiver training program at Geriatric clinic, Siriraj Hospital. Samples included 97 caregivers of persons with dementia and 104 caregivers of patients who did not have dementia. The 3-month follow-up of the training for caregivers of persons with dementia was performed by mail. Caregiver burden, satisfaction of the training program, and ability to apply knowledge were assessed. The research instruments were the questionnaires for personal characteristics of patients and caregivers, quality of life (WHO QOL - BREF –THAI), caregiver burden (Zarit Burden Interview Short Form), and training program satisfaction, and knowledge application. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon's sign rank test.

The findings showed that the caregivers of persons with dementia significantly had poorer quality of life score and higher burden score and higher burden score than the general caregivers ($p = 0.001$). The 3-month after the training program, the caregivers of persons with dementia had confidence in care provision at moderate level (46.4%), knowledge application at the high level (48.5%), and knowledge expansion to family members and others at the high level (42.3%). However, the relationship between pre-post test score of the quality of life and caregiver burden was not statistically significant.

Keywords: quality of life, caregiver burden, dementia, caregiver

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Registered Nurse (Professional Level), Head Nurse of Geriatric Clinic Siriraj hospital.

**Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Registered Nurse (Senior Professional Level), Mahidolvaranusson 2 Building and Geriatric Clinic Siriraj hospital.

***Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Professor in Geriatric Medicine.

*Corresponding Author, Email: duj.pisal@gmail.com Tel: 088-2776313



บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.7¹ ด้วยอายุที่มากขึ้นและร่างกายมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบตามวัยมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัวที่มากกว่าหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคทางสมอง โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกเป็นต้น และมีภาวะหนึ่งที่พบมากขึ้นเรื่อยๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุและกำลังจะเป็นปัญหาทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดบริการด้านสาธารณสุขของประเทศในอนาคตคือ ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมของเซลล์สมอง ทำให้ความสามารถของสมองลดลง มีการสูญเสียด้านความจำ การนึกคิด การตัดสินใจ ความเฉลียวฉลาด การใช้ภาษา รวมถึงบุคลิกภาพ บางรายอาจมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย และเมื่อภาวะของโรคดำเนินไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะอยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอด 24 ชั่วโมง^{2,3} จากการคาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 600,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 เพิ่มขึ้นเป็น 1,117,000 คน และ ในปี พ.ศ. 2593 เป็น 2,077,000 คน⁴ จากข้อมูลดังกล่าวนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพและสถานการณ์ในการเตรียมรับมือกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้

ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด เพราะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น⁵ ผู้ดูแลยังต้องดูแลจัดการกับปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย เช่น การเดินไปมาไร้จุดหมาย อาการหงุดหงิดก้าวร้าว มีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าสามีหรือภรรยาไม่ซื่อ คิดว่ามีขโมยหรือจะมีบุคคลอื่นมาทำร้าย เป็นต้น^{6,7} การที่ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลกระทบต่อ

วิถีชีวิตการดำเนินชีวิต ความปลอดภัย ภาพลักษณ์ของทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และครอบครัว ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีภาระที่หนักและมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด ความกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นมาได้⁷⁻⁹

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาระบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลแต่ละรายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกเป็นภาระมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมีหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็นปัจจัยของผู้ป่วย เช่น ระยะการพัฒนาระยะของโรค การมีโรคร่วมแทรกซ้อนอื่นๆ การมีปัญหายุติกรรมและอารมณ์ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น และปัจจัยของผู้ดูแล เช่น ความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะสมองเสื่อม ทักษะในการดูแลความสามารถในการบริหารจัดการปัญหา แหล่งทักษะในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระดับการศึกษา เจตคติ รายได้ ฐานะทางการเงิน แหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว หรือแม้แต่สุขภาพทางกายและจิตของผู้ดูแล เป็นต้น⁷⁻⁹ หากผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมาก จะทำให้ผู้ดูแลนั้นๆ มีปัญหาในการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมถูกผู้ดูแลทอดทิ้ง ถูกทำร้ายทางร่างกายและ/หรือถูกก้าวร้าวโดยวาจา ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวนั้นๆ อย่างรุนแรง^{5,6}

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง มุมมองหรือความคิดความสามารถของบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเองในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลเมื่อมีผลกระทบอื่นๆ เข้ามาในช่วงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจตนเอง โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)



และด้านสิ่งแวดล้อม (environment)¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา พบว่า คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละการศึกษา แต่ทุกการศึกษาจะพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลมาก¹¹⁻¹⁴ ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้านี้ ทีมผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม กับคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช และติดตามผลคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังได้รับการอบรมฯ โดยคาดหวังว่า ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการพยาบาล และโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram¹⁵ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มที่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้ดำเนินการให้เกิดการเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศความเป็นมิตร ให้เกียรติ ยอมรับ และให้กำลังใจ ผู้วิจัยได้นำความคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และลด

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแล การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการสื่อสาร และการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และกิจกรรมกลุ่ม Group support เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการอบรมในโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในวันที่ 30 สิงหาคม 2560 และ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยของ Truong Quang Trung¹⁴ พบว่า ใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 347 ราย มีคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL) มีค่า SD = 17.64 คะแนน ดังนั้นในการศึกษานี้คำนวณค่า SD=20 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ต้องการความเชื่อมั่นมากกว่า 95%) ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้เท่ากับ 3 คะแนน (d=3) เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \sigma^2}{d^2}$$

จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 170 ราย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 100 ราย แต่เมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 97 ราย และ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 104 ราย ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

เครื่องมือวิจัย ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทั้งสิ้น 3 ชุด ดังนี้ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลาในการให้การ



ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ดูแล ประสิทธิภาพในการดูแลโรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงในการให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน สถานที่เข้ารับการรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL index)¹⁶ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เอง ผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้บ้าง และผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เลย และปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI)¹⁷ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลผลโดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่วนที่ 3 แบบประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview Short Form)¹⁸ เป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 0-4 โดย 0=ไม่เคยเลย 1=นานๆ ครั้ง 2=บางครั้ง 3=ค่อนข้างบ่อย 4=แทบทุกครั้ง การแปลผล 0-10: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย 11-20: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง 21-30: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก และ 31-48: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน และการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่หนังสือรับรอง COA no. Si 469/2017

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการอบรมในโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในวันที่ 30 สิงหาคม 2560 และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 21 ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปนำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด 2) เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ t-test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และใช้สถิติ Mann-Whitney U test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ 3) การเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลก่อนและหลังอบรมใช้สถิติ Wilcoxon's sign rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 84.5) มีอายุเฉลี่ย 53.7 ปี (max=78, min=26, SD=11.5) ยังไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ร้อยละ 85.6 มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่รบกวนการดูแล 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) มีพฤติกรรมทำอะไรซ้ำๆ อย่างไม่มีเหตุผล เช่น อาบน้ำซ้ำๆ ล้างมือซ้ำๆ เปิด-ปิดตู้ หรือลิ้นชักซ้ำๆ ใส่-ถอด เสื้อผ้าซ้ำๆ จำนวน 49 ราย 2) การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เช่น เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารมากเกินไป น้ำหนักมากขึ้นหรือลดลงในเวลา 3 เดือน การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป จำนวน 48 ราย 3) ขาดการยับยั้งชั่งใจ มีอารมณ์เกรี้ยวกราด พุดจาตะโกน หยาดคาย คำทอ ไม่ทราบว่าการกระทำอย่างนั้นไม่เหมาะสม เช่น ทำลายข้าวของ กรีดร้อง ทบตี ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นๆ จำนวน 46 ราย 4) ซึมเศร้า ร้องไห้บ่อยๆ บ่นว่าตัวเองเป็นภาระของครอบครัว บ่นว่าอยากตาย จำนวน 44 ราย 5) วงจรการนอน/ตื่นเปลี่ยนไป เช่น ไม่นอนกลางคืน จะออกนอกบ้านเวลากลางคืน หรือ ตื่นเช้ามาก เช่น 2.00 น. จำนวน 41 ราย

ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 104 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 82 (ร้อยละ 78.8) มีอายุเฉลี่ย 53.0 ปี (max=84, min=22, SD=11.4) ร้อยละ 90.4 ไม่พบปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่รบกวนการดูแล (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะสมองเสื่อม (n=97)		ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคทั่วไป (n=104)		p-value
	n	%	n	%	
อายุ(ปี)					
≤ 60 ปี	71	73.2	78	75.0	.719
< 60 ปี	26	26.8	26	25.0	
เพศ					
ชาย	15	15.5	22	21.2	.299
หญิง	82	84.5	82	78.8	
สถานภาพสมรส					
โสด	53	54.6	46	44.2	
คู่	34	35.1	50	48.1	.268
ม่าย,หย่า,แยก	10	10.3	8	7.7	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บุตร	69	71.1	75	72.0	
คู่สมรส	8	8.2	7	6.7	.268
ญาติพี่น้อง	15	15.5	20	18.9	
ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง	5	5.2	2	1.9	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	0	0	1	1.0	
ประถมศึกษา	1	1.0	16	15.4	
มัธยมศึกษา	6	6.2	16	15.4	.001*
ปวส./อนุปริญญา	8	8.2	10	9.6	
ปริญญาตรี	47	48.5	42	40.4	
สูงกว่าปริญญาตรี	35	36.1	19	18.2	
อาชีพ					
ทำงานอยู่	66	68.0	59	56.7	.336
ไม่ได้ทำงาน	31	32.0	45	43.3	
รายได้					
ไม่เพียงพอ	8	8.2	10	9.6	.434
เพียงพอ	89	91.8	94	90.4	

*p< 0.05

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยตามดัชนีบาร์เรลเอดีเอล พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Mean = 13.7, SD = 6.0) และผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไป (Mean = 15.1, SD = 6.9) ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = .08) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า และมีความรู้สึกเป็นภาระที่มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

	Dementia CG (n=97)				General CG (n=104)				p-value
	Mean (SD)	Median (IQR)	min	max	Mean (SD)	Median (IQR)	min	max	
คุณภาพชีวิต	86.4 (12.3)	88.0 (78, 94.5)	26	111	94.3 (11.3)	94.0 (87, 102.5)	68	122	.001*
ความรู้สึกเป็นภาระ	17.4 (7.8)	16.0 (10)	0	36	9.4 (7.8)	8.0 (11)	0	34	.001*

*p< .05

ติดตามผลภายหลังผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการอบรม 3 เดือน โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 72 ราย จาก 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.2 พบว่า ผู้ดูแล มีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลได้ในระดับมาก ร้อยละ 48.5 นำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมฯ ไปถ่ายทอด

ให้กับสมาชิกครอบครัวหรือผู้อื่นได้ในระดับมาก ร้อยละ 42.3 ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เท่ากับ 89.3 (SD = 11.2) และค่าเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เท่ากับ 16.4 (SD = 6.0) แต่ยังไม่สามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตและลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับการอบรมผู้ดูแล (n=72)

	ก่อนอบรม		หลังอบรม		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
คุณภาพชีวิต	86.4	12.7	89.3	11.2	.132
ด้านร่างกาย	22.2	3.3	23.6	3.5	.004*
ด้านจิตใจ	19.9	3.2	20.8	3.0	.030*
ด้านความสัมพันธ์กับสังคม	10.2	2.0	10.2	1.8	.922
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.1	4.6	27.3	3.9	.797
ความรู้สึกเป็นภาระ	17.7	8.0	16.4	6.0	.098

*p < .05

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า และมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่รบกวนการดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไปไม่พบปัญหาด้านพฤติกรรมและ

อารมณ์ที่รบกวนการดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงตามระยะของโรค ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกที่อาจพบแค่ความจำที่ถดถอยลงก็ตาม แต่จะมีผลกระทบในเรื่องความมั่นใจ ความเสี่ยงการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ผู้ดูแลต้องใส่ใจเรื่องความปลอดภัยต่าง ๆ^{3,6} ระยะที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความถดถอยด้านความนึกคิดและการตัดสินใจมากขึ้น



ส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะนี้จึงต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ยังออกนอกบ้านได้ จะมีโอกาสพลัดหลง สูญหาย หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนเกิดความไม่เข้าใจของผู้ประสบพบเห็น อาจเกิดการทะเลาะโต้เถียงหรือทำร้ายร่างกาย จิตใจได้ เป็นต้น ญาติผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนและเทคนิคในการดูแลที่แตกต่างไปจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไป^{3,6} ระยะที่ 3 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมาก บางรายนอนติดเตียงถึงจะไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคการสื่อสารมากเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยระยะที่ 1 และระยะ 2 ก็ตาม แต่ก็ยังต้องดูแลเรื่องการเป็นอยู่ทั่วไป เช่น สุขอนามัยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะหรือการเกิดแผลกดทับในรายที่นอนติดเตียง เพราะผู้ป่วยนอนนิ่งเป็นเวลานาน เป็นต้น^{19,20}

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องการการดูแลมากขึ้นเรื่อยๆ จนระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะดูแลตัวเองไม่ได้เลย ความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะเพิ่มความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระให้กับผู้ดูแลมาก เพราะการดูแลมีผลกระทบกับชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลอาจต้องขาดงานบ่อย บางรายตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย มีเวลาพักผ่อนน้อยลง ขาดการพบปะเพื่อนฝูงขาดเวลาส่วนตัวและการเข้าสังคมตามความจำเป็นทำให้เกิดความเครียดและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูงหรือโรคซึมเศร้า เป็นต้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศอินเดีย²⁰ และจีน²¹ ซึ่งพบว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

โปรแกรมการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ พบว่า ภายหลังผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการอบรมแล้ว 3 เดือน ผลของโปรแกรมการอบรมในภาพรวมยังไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์เป็นรายด้านแล้ว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับการอบรมแล้ว มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายได้ว่าภายหลังได้รับการอบรม ซึ่งมีหัวข้อบรรยายในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะ การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการดูแลสุขภาพกายและใจของตนเอง การจัดการความเครียดหรือความเศร้า ซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ แต่เนื่องจากการเข้าอบรมเพียงครั้งเดียว อาจยังไม่สามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เพราะความรู้สึกเป็นภาระเกิดขึ้นได้หลายเหตุปัจจัย^{7,22,23} คือ ปัจจัยด้านสังคม เช่น เศรษฐฐานะ การเกื้อหนุนของครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละวัน การดำเนินโรคเป็นมากขึ้น เป็นต้น ปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล^{22,23} และการส่งเสริมศักยภาพทักษะผู้ดูแลโดยการฝึกอบรมเพียง 1 วัน อาจยังไม่เพียงพอ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียวเท่านั้น จึงยังอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ติดตามวัดผลเพียงครั้งเดียว ภายหลังการอบรม 3 เดือน ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระ จึงไม่อาจสะท้อนคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่แท้จริงได้ ควรมีการติดตามผลของการใช้โปรแกรมในระยะยาว และศึกษาคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

References

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. The population of Thailand in 2019 [database on the Internet]. 2019 [cited: 2019 Dec 5]. Available from: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th>.
2. Assantachai P. Common health problems in the elderly and prevention. (4th ed.). Bangkok: Union Creation Company Limited; 2013.



3. Muangpaisan W. editors. Dementia: prevention, assessment, and care. (5th ed.). Bangkok: Parbpim Limited Partnership; 2019.
4. Alzheimer's Disease International. Dementia in the Asia Pacific Region [database on the Internet]. 2014 [cited 2017 June 8]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>.
5. Alzheimer's association. Daily care plan [data base on the Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 8]. Available from: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/daily-care-plan>
6. The best of care: getting it right for seniors in British Columbia. Best practice guideline for accommodating and managing behavioral and psychological symptom of dementia in residential care [database on the Internet]. 2012 [cited 2014 May 1]. Available from: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>
7. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients in geriatric clinic, Siriraj Hospital. *Journal of Nursing Science and Health* 2015; 38(2): 54-64.
8. Siritipakorn P, Puwarawuttipanit W, Pinyopasakul W, Muangpaisan W. The relationships among caregiver burden, learned resourcefulness and health status in family caregivers of dementia patients. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2012; 13(2): 25-35.
9. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2010; 93(5): 601-7.
10. World. Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* 1995; 41(10): 1403-1409.
11. Xie H, Cheng C, Tao Y, Zhang J, Robert D, Jia J, et al. Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016; 14(1): 99.
12. Arai H, Nagatsuka M, Hirai K. The relationship between health-related quality of life and social networks among Japanese family caregivers for people with disabilities. *BioPsychoSocial Medicine* 2008; 2:17.
13. Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing* 1999; 24(5): 192-6.
14. Trung QT. The quality of life and caregiving burden among caregivers of people with dementia in Hanoi, Bac Ninh and Hai. Phong, Vietnam [database on the Internet]. 2015 [cited 2017 June 8]. Available from: https://eprints.qut.edu.au/82287/1/Quang%20Trung_Truong_Thesis.pdf.
15. Marram GK. The group approach in nursing practice. (2nd ed.). Saint Louis: Mosby; 1978.
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 1994; 23(2): 97-101.
17. Mahat Nirankun S, Tantiphiwattanakun W, Phumphaisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanachirangkun R. Compare World Health Organization quality of life test Set of 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Report Suan Prung Hospital Research Chiang Mai Province; 1997.
18. Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist* 2001; 41(5): 652-7.
19. Hoe J, Hancock G, Livingston G, Woods B, Challis D, Orrell M. Changes in the quality of life of people with dementia living in care homes. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2009; 23(3): 285-90.



20. Srivastava G, Tripathi RK, Tiwari SC, Singh B, Tripathi SM. Caregiver burden and quality of life of key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2016; 38(2): 133-6.
21. Liu S, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu S, et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26(9-10): 1291-300.
22. Srichahapak S, Chongsathiansup K, Tengrang K. Impact and burden of long-term care for the elderly under Thai culture [database on the Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 29]. Available from: <http://164.115.27.97/digital/files/original/eccae20356e5df62398430c430a17b43.pdf>.
23. Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review. *International Nursing Review* 2015; 62(3): 340-50.