

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อ การดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

คุณหญิง อุดมอิทธิพงศ์*, พิชญา ชาญนคร**

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันรับบทความ : 31 มีนาคม 2564

วันแก้ไขบทความ : 12 มิถุนายน 2564

วันตอบรับบทความ : 14 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่อยู่เข้ารับบริการ คลินิกจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติแบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบวัดการะในการดูแล และโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ผล : หลังการทดลอง คะแนนการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยม น้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) และน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.009$)

สรุป : โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมสามารถช่วยให้การะการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุลดลงได้ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้และประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีการะลดลง

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ การะ

ORIGINAL ARTICLE

THE EFFECT OF THE EXISTENTIAL GROUP COUNSELING PROGRAM ON THE BURDEN AMONG CAREGIVERS FOR ELDERLY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Dussadee Udomittipong*, Pitchaya Channakorn**

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received: March 31, 2021

Revised: June 12, 2021

Accepted: June 14, 2021

Abstract

Objectives: To compare the burden among caregivers of elderly patients with schizophrenia before and after received existential group counseling and to compare the burden among caregivers of elderly patients with schizophrenia who received existential group counseling and those who received regular caring activities.

Material and Methods: This was a quasi-experimental research. The participants were caregivers of elderly patients with schizophrenia at Geriatric Clinic, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. They were randomly assigned to the experimental group and the control group, 15 subjects in each group. The experimental group received existential group counseling while the control group received treatment as usual. Research instruments comprised the existential group counseling program, personal information questionnaires, and the Zarit Burden Interview (ZBI).

Results: After participating, the score of Zarit Burden Interview of the experimental group was significantly lower than before (p -value = 0.007). And the score of Zarit Burden Interview of the experimental group was significantly lower than that of the control group (p -value = 0.009).

Conclusion: The existential group counseling program can reduce burden on caregivers of older schizophrenia patients. Therefore, nurses and relevant health personnel could focus on the caregiver to reduce caregiver burden.

Key words: burden, caregivers of elderly schizophrenia patients, existential group counseling

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในปี 2564 จำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ในขณะที่ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี¹ ดังนั้นภาวะความเจ็บป่วยและโรคของผู้สูงอายุมีความชุกเพิ่มขึ้น ในที่นี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมนอกจากมีการสูญเสีย ความจำ ความคิดความสามารถด้านเชาว์ปัญญาและ ประมาณร้อยละ 90 มีปัญหาด้านพฤติกรรม จิตใจ อารมณ์ อาการทางจิตร่วมด้วย พบสูงมากขึ้นตามอายุเช่นเดียวกัน² รวมทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ล่าสุด พบการศึกษาทางคลินิกและทางประสาทจิตวิทยา แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้สูงอายุ ที่มีการเสื่อมสภาพอย่างรุนแรงในความสามารถทางพุทธิปัญญา และการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิต ทั้งกิจวัตรประจำวันและการประกอบอาชีพต่าง ๆ³

จากข้อมูลรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ปี2557⁴ พบโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด เป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด พบผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก 388,369 ราย จากผู้ป่วยจิตเวช 1,109,183 ราย และพบผู้ป่วยในโรคจิตเภท 20,634 ราย จากจำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเวช 42,861 ราย

และในจำนวนนี้ ความพิการหรือการไร้ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จัดเป็นภาระหนึ่งที่สำคัญในตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล⁵ สิ่งเหล่านี้นอกจากเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญแล้วยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลอันเกิดจากการพึ่งพาของผู้ป่วย แต่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลกลับต้องเผชิญความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพจากการรักษาผู้ป่วยตามมาด้วยเช่นกัน⁶

นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยภาระการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Rafiyah และคณะ⁷ ศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ส่งผลต่อภาระการดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เหมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์ และคณะ⁸ พบว่า อายุ ระยะเวลา ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Adeosun⁹ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบผู้ดูแลกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยมานาน เพศหญิง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีการศึกษาน้อยจะเป็นปัจจัยทำนายการมีภาระการดูแลที่มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม Lim และคณะ¹⁰ ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศเกาหลี พบผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบอันส่งผลให้มีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากเช่นกัน จากการ

ทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าผู้ดูแลจำนวนมากเหล่านี้มีภาวะที่เกิดจากการดูแล เป็นปัญหาในการรับมือกับโรคทางจิตเรื้อรังและความยากลำบาก ดังนั้น การนำแนวคิดการใช้หลักพื้นฐานอัตถิภาวนิยม¹¹ ซึ่ง Viktor Frankl จิตแพทย์และนักเขียนชาวออสเตรียเป็นผู้นำการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยมมาใช้เป็นคนแรกทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคคลที่มีปัญหา โดยเชื่อว่าแม้มนุษย์จะอยู่ในสถานการณ์บีบคั้นเพียงไร แต่เขาเหล่านั้นก็ยังมีสิทธิเลือกได้ท่ามกลางปัญหาในการดำเนินชีวิต ต้องการหาความหมายของชีวิต แม้จะถูกจำกัดไว้ ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ ความคิดหรือการกระทำให้สามารถค้นหาความหมายชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นเจตจำนงและความต้องการอิสรภาพของมนุษย์ทุกคนจากภาระที่ต้องแบกยัดถือไว้ โดย Viktor Frankl มองว่าสาระของหลักอัตถิภาวนิยมอยู่ที่คำว่า ความหมาย (meaning) อิสรภาพ (freedom) ทางเลือก (choice) และความรับผิดชอบ (responsibility) 4 คำนี้จึงกลายมาเป็นหัวใจหลักในวิธีการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม และพบงานวิจัยในปัจจุบันที่นำการบำบัดอัตถิภาวนิยมมาใช้ช่วยเหลือผู้ดูแล มีการศึกษาของ Hosseinigolafshani และคณะ¹² ทำการศึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวนิยมต่อการระงับของผู้ดูแลผู้ป่วย hemodialysis พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทันทีหลังการบำบัดและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Brandstätter และคณะ¹³ ช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ประสบการณ์ในค้นพบการหาความหมาย

ในชีวิต Fegg และคณะ¹⁴ ใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยมหาทางเลือกหาความหมายของชีวิตอย่างอิสระ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ต่อการระงับการดูแลที่ลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายในบริบทของการบริการพยาบาลคลินิกจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้วิจัยจึงเน้นให้การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลตามหลักทฤษฎีอัตถิภาวนิยมข้างต้น เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมที่จะให้ผู้ดูแลได้เห็นความสำคัญของการดำเนินชีวิตที่มีภาวะเกิดขึ้นจากการดูแล เป็นสิ่งที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง ด้วยการแสวงหาความหมาย การต่อสู้ในปัญหาอย่างมีกำลังใจ สามารถเลือกและรับผิดชอบต่อตนเองและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และพัฒนาตนเองให้ถึงความอิสระต่อสิ่งที่เผชิญอยู่ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของตนเอง

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) กลุ่มควบคุมให้เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลตามปกติแบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวนิยมต่อการระงับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่อยู่เข้ารับบริการคลินิกจิตเวช

สูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่อยู่เข้ารับบริการคลินิกจิตเวชสูงอายุ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกรวม (inclusion criteria)

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

3. ผู้ดูแลตอบแบบวัดภาระในการดูแล มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ 21 คะแนนขึ้นไป

4. มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ทั้งชายและหญิง

5. สามารถสื่อสารภาษาไทย รวมทั้งอ่านออกเขียนได้

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้ารับการสัมภาษณ์ทั้ง 4 ครั้ง ตามเวลานัดหมาย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวทางกาย และทางจิตเวชรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้

2. มีความบกพร่องตาบอดทั้ง 2 ข้าง หูหนวกอย่างมากที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยทั้งทดลอง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามการศึกษาของประเทือง ละออสุวรรณ¹⁵ ที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ นำค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และ 3.27 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 และ 0.59 ค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และค่า Beta เท่ากับ 0.20 จะได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแล คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

2. แบบวัดภาระในการดูแล (Zarit Burden Interview Thai version) พัฒนาโดย Zarit และคณะ มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ สามารถนำมาใช้วัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ¹⁶ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92 โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

เป็นประจำ	=	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	=	3 คะแนน
บางครั้ง	=	2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	=	1 คะแนน

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน

การแปลผล โดยแบ่งเป็นระดับคะแนน โดยคะแนนรวม โดย 0 - 21 คะแนน หมายถึงไม่ เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21 - 40 คะแนน หมายถึงเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41 - 60 คะแนน หมายถึงเป็นภาระปานกลางถึงมาก 61 - 88 คะแนน หมายถึงเป็นภาระมาก

3. โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุ ที่พัฒนาจากของดุขฤ์ อุดมอิทธิพงศ์¹⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของโปรแกรมให้คำปรึกษาฯ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความ ความคุ้นเคย ไว้วางใจระหว่างสมาชิกด้วยกันและ พยาบาล

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบวัตถุประสงค์ เวลา สถานที่ บทบาทในการเข้ากลุ่ม การดำเนิน กิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่ได้

3. การประเมินภาระการดูแล และให้ ผู้ดูแลเกิดการยอมรับในตัวเองที่มีภาระต่อการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 การตระหนักถึงภาวะตนไร้ ความหมายจากการดูแลประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. เพื่อให้รับรู้ความรู้สึกของตนเองอัน เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้รับการปรึกษาผล และการเรียนรู้ที่มี จากความรู้สึกเป็นภาระ ตลอดจนการลดความรู้สึก

เป็นภาระ

3. เพื่อให้สมาชิกได้พิจารณาภาวะตนไร้ ความหมาย และค้นหาตนเองด้วยการแสวงหา ความหมายในชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การพบความหมายที่แท้จริง ของชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ของชีวิตที่เลือกถ่วงนากับการดูแลผู้ป่วย รูปแบบ ในการให้คำปรึกษากลุ่มของผู้ดูแลที่เข้ามา รับ บริการครั้งละ 4 - 8 คน/ วัน มีการนัดอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง โดยเน้นตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อการ ภาระ การดูแลไปเพื่อการเสริมสร้างความร่วมมือ การพิจารณา ความหมายของชีวิต วางแผนทางเลือกที่ปฏิบัติ ที่มี ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุยังต้องมีความตระหนักในการดำเนินชีวิตที่ มีเป้าหมายในการแก้ปัญหาอยู่ พร้อมจะปรับเปลี่ยน ตนเองจากสภาวะที่มีอยู่ใช้เวลาในการสนทนา ประมาณ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการทำวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เลขที่ 015/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนวัดภาระในการ ดูแลของ Zarit²² ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ The Wilcoxon Signed Ranks Test และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ

Mann Whitney-U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากตารางที่ 1 พบว่า ในกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และ 33.33 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ส่วนในกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 53.4

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ The Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนการทดลอง (45.1 $\pm$ 13.36) และหลังการทดลองคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีการระดับปานกลาง (40.1 $\pm$ 10.23) ลดลง 5 คะแนน พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.48, p = 0.013$) ส่วนคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุหลังการทดลองการระดับน้อย (30.9 $\pm$ 8.21) ลดลง 10 คะแนน มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนการทดลองมี

การระดับปานกลาง (41.5 $\pm$ 19.82) พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.71, p = 0.007$)

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann Whitney-U test พบว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม (45.1 $\pm$ 13.36) และกลุ่มทดลอง (41.45 $\pm$ 19.82) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -0.91, p = 0.367$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มทดลอง (30.9 $\pm$ 8.21) มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มควบคุม (40.1 $\pm$ 10.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -2.60, p = 0.009$)

อภิปราย

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถาภิธานนิยามต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้นำมาใช้ เพื่อให้การปรึกษากลุ่มผู้ดูแล จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน สัปดาห์ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที สามารถช่วยทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความเข้าใจ รับรู้อารมณ์ ตามจริง เพื่อเข้าถึงการดำรงชีวิตอย่างมีเป้าหมาย และเข้าใจในความหมายของชีวิต แม้ว่าจะเผชิญสถานการณ์ที่มีความจำกัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	40.0	6	40.0
หญิง	9	60.0	9	60.0
อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	4	26.7	4	26.7
มากกว่า 40 ปี	11	73.3	11	73.3
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	6.7	1	6.7
ประถมศึกษา	7	46.6	5	33.3
มัธยมศึกษา	1	6.7	5	33.3
อนุปริญญา	5	33.3	3	20.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	6.7	1	6.7
สถานภาพสมรส				
โสด	9	53.4	8	33.3
สมรส	5	33.3	5	60.0
หม้าย/หย่า/แยก	1	13.3	2	6.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การทดลอง	คะแนนภาระ ± SD	แปลผลคะแนน	Z	p-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	45.1 ± 13.36	ปานกลาง	-2.48	0.013*
หลังการทดลอง	40.1 ± 10.23	ปานกลาง		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	41.45 ± 19.82	ปานกลาง	-2.71	0.007*
หลังการทดลอง	30.9 ± 8.21	น้อย		

*p-value < 0.05, The Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	คะแนนภาวะ $\pm$ SD	Z	p-value
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	45.1 $\pm$ 13.36	-0.91	0.367
กลุ่มทดลอง	41.5 $\pm$ 19.82		
หลังการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	40.1 $\pm$ 10.23	-2.60	0.009*
กลุ่มทดลอง	30.9 $\pm$ 8.21		

*p-value < 0.05, Mann Whitney-U test

อย่างมีความมั่นใจมากขึ้นในความสามารถที่ตนเองมีอยู่

จากการผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 เท่ากัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 Sharma และคณะ¹⁸ ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในการดูแลผู้ป่วยทางจิตของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าเพศหญิงเป็นตัวทำนายที่สำคัญ คือผู้หญิงเป็นจำนวนมากที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตจะมีความเครียดและรู้สึกมีภาระในการดูแล สอดคล้องกับ Adeosun⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยมานานเป็นเพศหญิง และมีการศึกษาน้อยจะเป็นปัจจัยทำนายการมีภาระการดูแลที่มากกว่าเมื่อเทียบกับ

กลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบ ตามคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนการเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนั้น สามารถช่วยเหลือ

ผู้รับการบำบัดให้ค้นหาความหมายของชีวิตที่เกิดจากการทำงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับบุคคลรอบครัว หรือแม้กระทั่งกลุ่มอัตถิภาวนิยมต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยผู้ดูแลสามารถที่จะหันกลับเข้าสู่ตนเอง โดยการตระหนักรู้ว่าตัวเองมีความรู้สึกเป็นภาระได้อย่างไร ในนัยที่สามารถตอบปัญหาของตัวเองได้ว่า ความจริงคือความรู้สึกที่เป็นภาระในการดูแล เมื่อผู้ดูแลรู้ความจริงว่า ความรู้สึกที่เป็นภาระ ทำให้ผู้ดูแลไม่เป็นอิสระ ถูกกำหนดหรือถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการบำบัด เกิดความเข้าใจ หาทางเลือกอย่างอิสระ ตัดสินใจ และสามารถรับผิดชอบต่อทางเลือกได้ด้วยตัวเองท่ามกลางสถานการณ์ที่เป็นอยู่ แล้วจึงสามารถวางตัวหรือวางท่าที่ต่อความจริงว่าจะดำเนินชีวิต ด้วยการกำหนดคุณค่าและความหมายของชีวิตที่เหมาะสมให้กับตนเอง¹⁹ ซึ่งเป็นไปได้ในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Brandstätter และคณะ¹³ ศึกษาประสบการณ์ในการหาความหมายในชีวิตของผู้ดูแล 84 คน ที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่า ผู้ดูแลที่พบความหมายในชีวิต จะเป็นปัจจัยป้องกัน ความเสี่ยงต่อภาระการดูแล และพบประสบการณ์ในการหาความหมายในชีวิต ด้วยการมีเพื่อน การพักผ่อน การอยู่กับธรรมชาติและการมีสัตว์เลี้ยง Fegg และคณะ¹⁴ ศึกษาแบบ randomized controlled trial ในการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยมในการเลือกหาความหมายของชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองมีอิสระเสรีภาพ โดยผู้ดูแลที่ได้รับคำปรึกษาจะต้องรับผิดชอบ ต่อการตัดสินใจเลือกเป้าหมาย

ในการดำเนินชีวิตของตนเอง ในผู้ดูแลกลุ่มทดลอง 81 คน และกลุ่มควบคุม 79 คน ที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ต่อภาระการดูแลที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Hosseinigolafshani และคณะ¹² ศึกษาวิจัยถึงทดลองผลของการบำบัดแบบกลุ่มอัตถิภาวนิยมต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย hemodialysis แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยม 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ประเมินภาระด้วยแบบสัมภาษณ์ Zarit Burden หลังจบการบำบัดทันที และติดตามผล 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทันทีหลังการบำบัดและในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าการบำบัดแบบอัตถิภาวนิยมสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ และยังช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลดีขึ้น

สรุป

โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอัตถิภาวนิยมสามารถช่วยให้ภาระการดูแลผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุลดลงได้ และนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล และให้ความสำคัญของการลดความรู้สึกเป็นภาระให้แก่ผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอรรถิภาวะนิยมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการให้คำปรึกษา ดังนั้นจึงควรศึกษาถึงความยั่งยืนของการโปรแกรมด้วยการศึกษาในระยะติดตามผล เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิตสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต. ผู้ดูแลไทย “สมองเสื่อม” 8 แสนกว่าคน. ข่าวหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต. [online]. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/> [2018 Jun 18].
3. Regeva S, Josman N. Evaluation of executive functions and everyday life for people with severe mental illness: A systematic review. *Schizophr Res Cogn* 2020; 21: 100178.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด 2557.
5. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 75.
6. อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ภาสกร สวนเรือง. ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2562; 13(4): 420-7.
7. Rafiyah I, Sutharangsee W. Review: burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media J Nurs* 2011; 1(1): 29-41.
8. เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัทรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ครอบครอง ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558; 29(1): 103-22.
9. Adeosun II. Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophr Res Treat* 2013; 2013: 353809.
10. Lim Y, YH. A. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Appl Nurs Res* 2003; 16(2): 110-7.
11. Frankl V. Man's search for ultimate meaning. New York: Basic Books; 2000.
12. Hosseinigolafshani SZ, Taheri S, Mafi M, Mafi MH, Kasirlou L. The effect of group logo therapy on the burden of hemodialysis patients' caregivers. *J Renal Inj Prev* 2020; 9(4): e33.
13. Brandstätter M, Kögler M, Baumann U, Fensterer V, Küchenhoff H, Borasio GD, et al. Experience of meaning in life in bereaved informal caregivers of palliative care patients. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg* 2014; 1-9.
14. Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, Hauke G, Rechenberg-Winter P, Fensterer V, et al. Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2013; 22(9): 2079-86.
15. ประเทือง ละอองสุวรรณ, นภา จิรัฐจินตนา. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2561; 12(2): 37-47.

16. ชัญชิตาคุณฐิ พูลศิริ, รัชนิ สรรเสริญ, วรณรัตน์ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา 2554; 4: 62-75.
17. คุณฐิ อุคมอิทธิพงศ์. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อความวิตกกังวลของสตรีวัยทอง [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
18. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. World J Psychiatry 2016; 6(1): 7-17.
19. พระธรรม โกสลาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต), เปรียบเทียบแนวคิดพุทธศาสน์กับชาร์ดร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ; 2551.