

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*

The Effect of Home Environmental Arrangement and Progressive Muscle Relaxation Program on Stress in Caregivers of Older People with Dementia

กานดา วรคุณพิเศษ, พย.บ. (Kanda Worakhunphiset, M.N.S.)**

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Ph.D. (Siriphan Sasat, Ph.D.)***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มารับบริการที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จัดให้สองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภาวะเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of home environment arrangement and progressive muscle relaxation program on stress in caregivers of older people with dementia. The participants consisted of 40 caregivers of older people with dementia at Prasat Neurological Institute and were divided into the experimental group and the control group with 20 people in each group. Both groups had similar characteristics in gender, age and length of time in caring. The experimental group received the home environment arrangement and progressive muscle relaxation programs and the control group received conventional nursing care. The experimental instrument was home environment arrangement and progressive muscle relaxation program with content validity test. The collected data instrument was Caregiver Strain Index (CSI) and was tested for reliability with Cronbach Alpha at .81. Research findings were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. The major findings were as follows:

1. The experimental group after receiving the home environment arrangement and progressive muscle relaxation program had significantly lower stress than before receiving the program at the statistically significant level of .05

2. The experimental group after receiving the home environment arrangement and progressive muscle relaxation program had significantly lower stress than those who received conventional nursing care at the level of .05

Keywords: Caregivers, Older People with Dementia, Stress, Progressive Muscle Relaxation, Home Environmental Arrangement

ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization & Alzheimer's Disease International, 2012) ได้รายงานไว้ในปัจจุบันพบประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 2.4 – 3 ล้านคน ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สมาคมอัลไซเมอร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Alzheimer's Association, 2012) รายงานว่าต้องเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มากถึง 200,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากการที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบสูงถึงร้อยละ 32.5 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง โดยอาการของโรคจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Dettmore, Kolanowski & Boustani, 2009) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองลดลง การดำเนินชีวิตและการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป (Mitty & Flores, 2007) และส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ยิ่งต้องการในการดูแลมากขึ้น จนทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน

(ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ส่วนทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน หรืออาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลามาเป็นทำงานบางเวลา ซึ่งอาจส่งผลต่อรายได้ลดลงและบางรายอาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมา จนในที่สุดเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดและความรู้สึกเป็นภาระ (Kim, Hong, Lee, Kim, Kang & Lee, 2009; Gitlin, Hodgson, Jutkowitz & Pizzi, 2010) บางรายที่มีภาวะเครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบชั่ววูบนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Scheonmakers, Buntinx & Delepeleire, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ภาวะเครียด (Bruce et al., 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะเครียดจากการดูแล (Pattanayak, Jena, Tripathi & Khandelwal, 2010) และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีภาวะเครียดในระดับสูง (Etters, Goodall & Harrison, 2008; Miyamoto, Tachimori & Ito, 2010) ซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อคลายความเครียด (Bruce et al., 2005) และพบว่า ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Gitlin, Corcoran, Winter,

Boyce & Hauck, 2001) โดยปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ทำให้เกิดภาวะเครียด เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรค ความรู้สึกผิด ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในการดูแล ความรู้สึกขัดแย้ง (Onishi, Suzuki, Umegaki, Nakamura, Endo, & Iguchi, 2005; Hong & Kim, 2008) และปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาด้านนี้โดยการให้ความรู้กับผู้ดูแล แนะนำแหล่งบริการเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาเป็นส่วนตัว และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดจากการดูแล ส่วนปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านพฤติกรรมได้แก่ อาการกระวนกระวาย ก้าวร้าว หลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวน และพูดจาสับสน (Lim, Son, Song & Beattie, 2008) ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอดเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น

การผ่อนคลายภาวะเครียดมีหลายรูปแบบ เช่น การหยุดพักการทำงาน ทำงานอดิเรกที่ชอบหรือถนัด เล่นดนตรี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เล่นกีฬาหรือบริหารร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพอ เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว เป็นต้น แต่ในภาวะที่มีภาวะเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง จิตใจสับสน ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือซึมเศร้า ซึ่งบางครั้งการคลายภาวะเครียดแบบธรรมดาอาจใช้ไม่ได้ผล (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ปัจจุบันมีการนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการลดภาวะเครียด ได้แก่ การนวด การรักษาด้วยน้ำมันหอม การทำสมาธิ การใช้ดนตรีบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นต้น

ซึ่งการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ฝึกสามารถที่จะบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้เมื่อต้องการเป็นการควบคุมกล้ามเนื้อในกลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสามารถเรียนรู้ได้ง่ายสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความยากลำบากในการนำมาใช้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ฝึก (ชาตรี จุติตรี, 2553) และการศึกษาของ Lewis et al. (2009) ที่พบว่า การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าจะทำให้ผู้ดูแลมีระดับภาวะเครียด ปัญหาการดูแล ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์โกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobson (1977) ที่นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อขจัดความรู้สึกทางจิตใจที่แสดงออกมาตามกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ หรือตึงเครียดตามบริเวณใบหน้า บริเวณไหล่ แขน เท้า ตลอดจนอาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด ออกไปได้ และภาวะเครียดของผู้ดูแลจากปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น (Gitlin et al., 2010) จากการศึกษาของ Gitlin et al. (2001) คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องโรค แนวทางการรักษา และการลดปัญหาด้านพฤติกรรมโดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัย

และการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมและการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลให้ลดความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้

รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานทางการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้ความรู้และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) มาสร้างโปรแกรม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งประเมินระดับภาวะเครียดของผู้ดูแล
2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Power Point Presentation) และแจกคู่มือเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยผู้วิจัยสอนทักษะและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามได้ถูกต้อง และให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์
4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน สัปดาห์ที่ 2 เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคยต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต โดยเน้นจัดบริเวณที่ผู้สูงอายุมีการใช้สอยมากที่สุด เช่น ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องนั่งเล่น เป็นต้น และจัดบริเวณกิจกรรมส่งเสริมความจำ เพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมและการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
5. การโทรศัพท์ติดตาม สัปดาห์ที่ 3, 5, 7 เพื่อติดตามปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแล เพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการภาวะเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง



ภาวะเครียด
ของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะสมอง
เสื่อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post-test design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียด ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (experimental group) คือ กลุ่มที่ได้รับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า กับกลุ่มควบคุม (control group) ที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติและเปรียบเทียบผลก่อนเข้าร่วม การวิจัยกับหลังเข้าร่วมการวิจัยหลังสิ้นสุดการ ทดลองในสัปดาห์ที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อมในสถาบัน ประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2556 โดยมี คุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2) มีภาวะ เครียดในการดูแล โดยมีคะแนนจากแบบประเมิน ภาวะเครียดในผู้ดูแลตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถติดต่อสื่อสารพูดคุยรู้เรื่อง อ่านและ เขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการ ศึกษาครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักการ กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัย กึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละ กลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม ตัวอย่างจึงได้คัดเลือก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่ม ตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ขั้นตอนในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง 1) ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากทะเบียนประวัติ ผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ 2) เมื่อผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด จึงขอความร่วมมือผู้ดูแลเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ที่กำหนดและมีผลการคัดกรองว่ามีภาวะเครียด 3) จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้าเป็น กลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเข้าเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บ และรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ ตามจำนวน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลใน กลุ่มทดลองโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม (Matched Pair) ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล โดยที่อายุ ของทั้งสองกลุ่มในแต่ละคู่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแล ที่มีอายุมากจะมีระดับภาวะเครียดในบทบาทต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการ

ปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ปัญหาต่างๆ มีประสิทธิภาพในการจัดการภาวะเครียด และระดับภาวะเครียดในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนชั่วโมงในการดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วย 4) สอบถามความสนใจหากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจะหากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดภาวะเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (physical and emotional strain) ด้านสังคม (social strain) ด้านเศรษฐกิจ (financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (occupational strain of caregiving) ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat (1998) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา ซึ่ง วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้แล้วหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การแปลผล

คะแนนรวมจากการประเมิน คะแนนมากหมายถึงมีภาวะเครียดมาก ซึ่งผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีภาวะเครียดสูงกว่าปกติ

2. เครื่องมือใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม

การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวความคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1976) และแนวความคิดการให้ข้อมูลร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin (2001) โดยให้ความรู้เรื่องโรค ปัญหาด้านพฤติกรรม แนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และข้อมูลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสอนวิธีการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วนให้กับผู้ดูแล โดยเป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัดเพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งกับการผ่อนคลาย

3. เครื่องมือใช้กำกับการทดลอง

ประกอบด้วย 1) แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการผ่อนคลายของสร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ซึ่งประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายก่อนและหลังผู้ปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) ที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า “ไม่รู้สึกละคลาย” ปลายด้านขวาสุดแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า “ผ่อนคลายมากที่สุด” 2) แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ

กาวหน้ำที่บ้าน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือการติดตามและประเมินการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบกาวหน้ำของกลุ่มทดลองแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัยดัดแปลงจากตารางบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ของ สุนันทา บุญรักษา (2548) มีรายละเอียด คือ วัน เดือน ปี เวลาที่ฝึกในแต่ละวันและอาการที่สังเกตได้หลังการฝึก โดยบันทึกเป็นอาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง เช่น รู้สึกสมองโล่ง สบาย ง่วงนอน โดยบันทึกทุกครั้ง ที่มีการฝึก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความจำให้ผู้ป่วยฝึกตามโปรแกรมที่กำหนด โดยมีการโทรศัพท์สอบถามและกระตุ้นเตือนให้มีการบันทึกเมื่อมีการฝึกผ่อนคลาย

3) แบบประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale) แบบประเมินเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการ (Symptomatology) ได้แก่ 1) อาการหวาดระแวงและหลงผิดจำนวน 7 ข้อ คือข้อที่ 1 – 7 2) อาการประสาทหลอนจำนวน 5 ข้อ คือข้อที่ 8 – 12 3) พฤติกรรมที่ผิดปกติจำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 13 – 15 4) อาการไม่สงบกระสับกระส่ายก้าวร้าว จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 16 – 18 5) วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป จำนวน 1 ข้อ คือข้อที่ 19 6) อารมณ์แปรปรวน จำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 20 – 21 7) ความวิตกกังวลและความหวาดกลัว จำนวน 4 ข้อ คือข้อที่ 22 – 25 ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินโดยรวม (Global Rating) จำนวน 1 ข้อ **การแปลผล** แปลผลจากคะแนนรวม ดังนี้ ส่วนที่ 1 คะแนนรวม

ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหา ด้านพฤติกรรมและจิตใจ ส่วนที่ 2 คะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .96 ส่วนค่าความตรงของแบบประเมินเท่ากับ .89 ซึ่งเป็นคุณภาพของแบบประเมินที่ Nantika Tavichachart ได้ทำการวิเคราะห์ไว้ 4) **แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ** โดยผู้วิจัยนำแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ห้องนั่งเล่น ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องรับประทานอาหาร สวนภายนอกและพื้นที่กลางแจ้ง และทางเดินภายในบ้านของ ชันด์ แสงสีดา (2552) มาใช้ในการประเมินสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักของผู้สูงอายุ และจากการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในสถาบันประสาท เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2556 และผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการอนุมัติจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่ม

ตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างทำการวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิกให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เกี่ยวกับแนวทางการรักษา การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และตอบข้อซักถามในรายที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

2.2 กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยโปรแกรมการแสดงภาพประกอบคำอธิบาย (Power Point) หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อข้องใจ 3) สอนการฝึกการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าโดยผู้วิจัยสอนและสาธิตการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกตามผู้วิจัยสังเกตและประเมินการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้ดูแลที่อาจเกิดการผิดพลาดได้ เช่น วิธีการกำมือขณะเกร็งไม่ถูกต้อง การวางเท้าในขณะเกร็งและผ่อนคลายไม่ถูกต้อง เป็นต้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 4) แจกคู่มือเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการผ่อนคลายแบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน และชี้แจงวิธีการบันทึกเพื่อติดตามการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของกลุ่มทดลอง 5) นัดหมายวันและเวลากลุ่มตัวอย่างเพื่อไปเยี่ยมบ้านและจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน 6) ก่อนเยี่ยมบ้าน 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อนัดหมายวันและเวลาที่แน่นอนกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินสภาพแวดล้อมบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลในตำแหน่งและบริเวณที่จะสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมร่วมกับผู้ดูแล และติดตามดูการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ให้คำแนะนำและคำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ พร้อมทั้งสอบถามถึงความรู้สึกลหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่ 3,5,7 โทรศัพท์ติดตาม ซักถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านหรือข้อสงสัยที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ เพื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้องและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งให้บันทึกในแบบประเมินการผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่ 4,6 ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและบันทึก

การผ่อนคลายที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 8 พบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินผลการทดลอง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าโปรแกรมการให้ความรู้และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เก็บรวบรวมแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและประเมินภาวะเครียดซ้ำ หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired t-test และ Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า มีอายุอยู่ในระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 (อายุเฉลี่ย คือ 52.2 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 75 มีอาชีพทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ มีเงินเก็บสะสมและไม่มีเก็บสะสมจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.5

ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลา 25-48 เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ใน 1 สัปดาห์จะดูแลทั้ง 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 75 และใน 1 วันจะดูแลตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 52.5

1.2 ข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีระยะเวลาในการป่วยมา 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับอาการทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม (เดินไปมารอบบ้านโดยไม่มีจุดหมายหรือหนีออกจากบ้าน ทำกิจกรรมเดิมซ้ำ ๆ ถอดเสื้อผ้าในที่ ๆ ไม่เหมาะสม) คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีระดับความรุนแรงของสมองเสื่อมในระยะ 6 Mid-Stage คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50

2. ภาวะเครียดของผู้ดูแล

2.1 เปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า มีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแล ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.15 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลเท่ากับ 5.75 เมื่อนำค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของ

ผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่มีค่าลดลงเฉลี่ย 3.40 และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนการทดลองเท่ากับ 8.05 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลเท่ากับ 8.25 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่ต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภาวะเครียด	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	$\bar{d}$	SD	t	df	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)					
กลุ่มควบคุม (n=20)	8.05 (0.759)	8.25 (1.446)	0.20	1.281	0.698	19	0.494
กลุ่มทดลอง (n=20)	9.15 (1.226)	5.75 (0.851)	3.40	0.821	18.525*	19	0.001

*p < .05

2.2 เปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n1= 20, n2= 20, นรวม= 40)

ภาวะเครียด	$\bar{d}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม	-0.20	1.281	10.580*	38	0.001
กลุ่มทดลอง	3.40	0.821			

*p<.05

การอภิปรายผล

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จากการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษา รวมทั้งพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่งต่อภาวะเครียดของผู้ดูแล การให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องของโรค การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรักษา เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ อย่างชัดเจน ครอบครัว เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการศึกษาของ Eayrs (2009) เรื่องการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศออสเตรเลีย โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเทคนิคการจัดการภาวะเครียด พบว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

แบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง เช่น ปัญหาการเดินไปมารอบบ้านโดยไม่มีจุดหมายหรือหนีออกจากบ้าน ปัญหาการทำกิจกรรมเดิมซ้ำ ๆ ปัญหาการถอดเสื้อผ้าในที่ ๆ ไม่เหมาะสม ปัญหาการนอนในช่วงกลางคืนหลับมากช่วงกลางวันลดลง สอดคล้องกับจากการศึกษาของ ชุตินา ทองวชิระ (2553) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ การโทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อติดตามเยี่ยม และกระตุ้นเตือนผู้ดูแลให้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามสามารถสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทั้งสามารถตอบปัญหาข้อข้องใจ และช่วยเหลือให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ และเป็นระบบที่ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินและสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัวมากขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า สามารถลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาล เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Day care และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นต้น

2. ด้านการศึกษาและการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาการศึกษา 8 สัปดาห์และประเมินผลทันทีไม่มีการติดตามผล ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจ

เพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงภาวะเครียดของผู้ดูแลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินความคงทนของโปรแกรมได้

3. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเวลาจำกัดด้วยเวลาในการเข้ากลุ่ม ทำให้ระยะเวลาของการให้ข้อมูลและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าค่อนข้างน้อย ดังนั้นการนำโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าไปใช้ ควรจัดกระทำในกลุ่มผู้ดูแลที่สามารถเข้ารับการฝึกได้อย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- จำลอง ดิษยวนิช และพริ้มเพรา ดิษยวนิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชนันต์ แสงสีดา. (2552). *สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาตรี จุติตรี. (2553). *ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา ทองวชิระ. (2553). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไทรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2548). *การศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2547). *สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่องผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2550). *เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ*. จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว. กรุงเทพมหานคร: เซ็นทรัลเอ็กซ์เพรสการ.
- วัลลภา ผ่องแผ้ว. (2553). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). *สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี 2551-2552*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สุนันทา บุญรักษา. (2548). *ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการติดตามการเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

American Alzheimer's Association. (2012). 20th Alzheimer Europe Conference Facing Dementia together Luxembourg 30 September-2 October 2010.

Bruce, B. D., et al. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregiver. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 60a(30), 345-349.

Dettmore, D., Kolanowski, A., & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17.

Eayrs, P. (2009). Snapshot: Alzheimer's Australia pilot of an innovative approach to consumer education and training. *International Psychogeriatrics*, 21(2): 69-71.

Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428.

Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized, controlled trial of home environmental intervention: Efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41(1), 4-14.

Gitlin, L. N., Hodgson, N., Jutkowitz, E., & Pizzi, L. (2010). The cost – effectiveness of a non pharmacological intervention for individuals with dementia caregiver: The tailored activity program. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (6), 510-519.

Hong, G-R. S., & Kim, H. (2008). Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. . *Geriatric Nursing*, 29(4), 267-274.

Jacobson, E. (1976). *You must relax*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Jacobson, E. (1977). The origins and development of progressive relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8(2), 119-123.

Kim, M.-D., Hong, S.-C., Lee, C.-I., Kim, S.-Y., Kang, I.-O., & Lee, S.-Y. (2009). Caregiver burden among caregivers of Korean with dementia. *Gerontology*, 55(1), 106-113.

Lewis, S. L., et al. (2009). A stress-busting program for family caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 34(4), 151-159.

- Lim, Y. M., Son, G-W., Song, J-A., & Beattie, E. (2008). Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 226-234.
- Mitty, E., & Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: The language of dementia: Theories and interventions *Geriatric Nursing*, 28(5), 283-288.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H., & Iguchi, A. (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(2), 159-168.
- Pattanayak, R. D., Jena, R., Tripathi, M., & Khandelwal, S. K. (2010). Assessment of burden in caregivers of alzheimer's disease from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(3), 112-116.
- Polit, D.F., & Beck, T.B. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robinson, B.C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38(3), 344-348.
- Sasat S. (1998). *Caring for dementia in Thailand: A study a family care for demented elderly relative in Thai Buddhist society*. Unpublished Ph.D. Thesis. University of Hull: UK.
- Scheonmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Miturias*, 66 (2), 191-200.
- Tavichachart, N., Worakul, P., Tangwongchai, S., Suppakitiporn, S., Kanchanatawan, B., & Lueboonthavatchai, P., et al. (2004). *Psychoeducational Program for Caregivers of Alzheimer's Dementia: A Manual Guide for Participants*. Bangkok: Color Harmony.
- World Health Organization & Alzheimer's Disease International. (2012). Dementia: A public health priority. World Health Organization: Switzerland.