

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ Development of a Thai Culturally - Based Mutual Support Group Program for Supporting the Elders with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

นพรัตน์ ไชยขำ¹, สมสุข สมมะลวน², วันดี สุทธิรังษี³, ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ²,
วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์⁴, ภาวดี เหมทานนท์^{5*}

Nopparat Chaichumni¹, Somsook Sommaluan², Wandee Suttharagsri³,
K Sinsak Suvanchot², Wipawan Chaoum Pensuksan⁴, Pawadee Hamtanon^{5*}
สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์¹, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์², มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์³,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี⁴, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ^{5*}
Faculty of Nursing, Walailuk University¹, Suansaranrom Hospital², Prince of Songkla University³,
Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University⁴, Faculty of Nursing, Thaksin University^{5*}

(Received: July 12, 2022; Revised: December 28, 2022; Accepted: January 10, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม 12 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม 12 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม 12 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม 12 คน และผู้ดูแล จำนวน 64 ครอบครัว สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง 2) การส่งเสริมการจัดการอารมณ์/ความเครียด 3) การส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
2. โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม 12 คน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม 1) สัมพันธ์ภาพและการฟื้นฟูความทรงจำ 2) ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต 4) การบริหารกายจิต 5) การจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม 6) สติเพื่อการสื่อสารและการเข้าสังคม และ 7) การประยุกต์ความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมไทย

3. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($t=3.139$; $p=.002$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=5.888$; $p<.001$)

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ ควรเป็นการบำบัดแบบกลุ่มที่มีทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม 12 คน

คำสำคัญ: การดูแลแบบเกื้อกูล, วัฒนธรรมไทย, ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pawadee.h@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 093-5781938)

วิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ



Abstract

This research mainly consisted in the development of a mutual support group program, based on Thai culture, for supporting the elders with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). The development was divided in 3 phases. The first phase was to study the caring needs of elders with BPSD. Samples were selected by purposive sampling, for a group of 5 elders with BPSD and their family caregivers as well as 12 experts in dementia care. Data were collected by focus groups and analyzed by content analysis. The second phase was to develop a mutual support group program for the elders with BPSD, based on Thai culture. The third phase was to examine the effectiveness of the program on the quality of life the elders with BPSD. Thirty-two elders with BPSD and their family caregivers were randomly assigned to experiment and control groups so to compare the level of quality of life, which was measured by a quality of life questionnaire. Data were analyzed by paired t-test and Independent t-test. The results showed as follows.

1. Caring needs of the elders with BPSD consisted of: 1) enhancing their self-care skills, 2) encouraging emotional/stress management, 3) supporting social relationship skills, and 4) improving environmental management.

2. Thai culturally-based mutual support group program for supporting the elders with BPSD consisted of 7 activities of 60-90 minutes each, once a week, 2-3 activities each time, for a total of 3 weeks, as follows: 1) relationships and memory rehabilitation, 2) knowledge of disorder and activities of daily of life, 3) environmental management for lifestyle, 4) physical and mental exercises, 5) BPSD management in elderly with dementia, 6) mindfulness for communication and socialization, and 7) the application of knowledge and skills for lifestyle in Thai culture.

3. After 1 month participating in the program, the mean score of overall quality of life in experimental group was statistically significantly higher than control groups at .01 ($t=3.139$; $p=.002$). The mean score of overall quality of life in the experimental group after 1 month participating in the program was statistically significantly higher than before participating the program at .001 ($t=5.888$; $p<.001$).

Enhancing the quality of life for elders with BPSD should consider a group therapy that both caregivers and elders with BPSD are mutually sharing experiences. The program should be consistent relevant to the culture of the elders with dementia.

Keyword: Mutual Support, Thai Culture, Elders with BPSD

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 139 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021) มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นราว 9.9 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2017) ส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมกลายเป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการดำเนินโรคแบบเสื่อมลงเรื่อย ๆ ส่งผลต่อการรู้คิดและความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลง โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น อาการกระสับกระส่าย (Agitation) ก้าวร้าว (Aggression), การตะโกนร้องซ้ำๆ (Calling Out Repeatedly) การนอนหลับแปรปรวน (Sleep Disturbance) อาการเดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (Wandering)

และ เฉยเมย (Apathy) พบได้มากกว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอดการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในผู้ดูแล (Sopina, Sorensen, Beyer, Hasselbalch, & Waldemar, 2017; Pijl-Zieber, Awosoga, Spenceley, Hagen, Hall, & Lapins, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (Chapman, Tremont, Malloy, & Spitznagel, 2020) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Feast, Orrell, Charlesworth, Melunsky, Poland, & Moniz-Cook, 2016)

การบำบัดปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักใช้กลุ่มยาทางจิตเวช แต่มักพบอาการข้างเคียงจากยาก่อนข้างมาก เช่น ง่วงนอนในเวลากลางวัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ยาบางชนิดมีผลต่อระบบการไหลเวียนและหลอดเลือดสมอง และอาจทำให้เสียชีวิตได้หากใช้ในปริมาณหรือชนิดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ Ting-Jung Hsu และคณะ (Hsu, Tsai, Hwang, Chen, & Chen, 2017) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาเพิ่มเติมในการบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากพบว่าผลดีในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว และลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ซึ่งจะต้องมีการศึกษาพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญหากมีการพัฒนาและบูรณาการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจะก่อประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของ BPSD และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาระการดูแลได้ โดยควรใช้เป็นทางเลือกแรกก่อนการเลือกใช้ยา (Baharudin, Din, Subramaniam, & Razali, 2019) ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีหลากหลาย เช่น การออกกำลังกาย (Exercise Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) สุนัขบำบัด (Aromatherapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (Pet Therapy) การบำบัดด้วยแสงสว่าง (Bright Light Therapy) การบำบัดโดยการกระตุ้นประสาทความรู้สึก (Multisensory Therapy) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความจริง (Reality Orientation) การระลึกความทรงจำดี ๆ ในอดีต (Reminiscence Therapy)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น การศึกษาของเชนและนอร์แมน (Chien & Norman, 2009) พบว่า กลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลมีประสิทธิผลสูงสุดต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับทำให้สุขภาพจิตศึกษาและโปรแกรมทางจิตสังคมอื่นๆ นอกจากนั้น แม็คลีโอด เอลลอยท์ และบราวน์ (Macleod, Elliott & Brown, 2011) ได้กล่าวถึงลักษณะการจัดกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูล (Mutual support groups) เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรักษา การดูแล การจัดการกับอารมณ์ความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งการบำบัดดังกล่าวพัฒนาจากทฤษฎีและแนวปฏิบัติของสังคมตะวันตกยังไม่ได้ปรับเนื้อหากิจกรรมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตกับผู้สูงอายุไทยที่มีสังคมและวัฒนธรรมที่มีหลากหลายทั้งความเชื่อและค่านิยม ซึ่งไทยส่วนใหญ่เป็นคนมีเมตตา มีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มักอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม นับถือผู้สูงวัย มีนิสัยเกรงใจ กตัญญูทวดเที ตอบแทนผู้มีพระคุณ และดำเนินชีวิตโดยใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยทุกศาสนาทั้งพุทธ อิสลาม และคริสต์สอนให้ทุกคนทำดี เชื่อในการทำดีได้ดี จึงพบว่าศาสนามีอิทธิพลสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมทั้งการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Chaichumni, 2014) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ โดยการใช้กลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการใช้ค่านิยม ความเชื่อ ตามวิถีชีวิตในสังคมไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ เข้าใจสภาพปัญหา และมีแนวทางการแก้ไขปัญหามาที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ๖ และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลแบบเกื้อกูลของ Chien, Norman, & Thompson (2006) ที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยบูรณาการร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมขององค์การอนามัยโลก และค่านิยม ความเชื่อตามสังคมวัฒนธรรมไทย ได้แก่ การมีจิตเมตตา มีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การอยู่รวมกลุ่มกัน การดำเนินชีวิตโดยใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เชื่อในการทำความดีได้ดี มีความเกรงใจ นับถือผู้สูงอายุ การหลีกเลี่ยงการขัดแย้งและวิวาทวิวาทวุ่นวาย ทำให้เกิดการดำเนินชีวิตของบุคคลที่ดีดี พุดดี ทำดี อันส่งผลให้บุคคลหรือผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีมีการดำเนินชีวิตที่มีความสุข ร่วมกับการดูแลแบบเกื้อกูลตามหลักการของ Galinsky & Schopler (1995) 6 ประการ ดังนี้ 1) การเปิดเผยข้อมูลด้วยความไว้วางใจ 2) กระบวนการอภิปรายเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยเหตุและผล 3) การกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอภิปรายในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องที่มีความยุ่งยากใจของสมาชิกกลุ่ม 4) การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในปัญหาที่คล้ายๆกัน ซึ่งเปรียบได้กับการลงเรือลำเดียวกันและร่วมกันเรียนรู้แนวทางจัดการกับปัญหาในชีวิต 5) การกระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก และ 6) การจัดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล ผ่านกระบวนการกลุ่ม ของ Wilson (1995) ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ระยะการสร้างสัญญาใจหรือสร้างสัมพันธ์ภาพและความหวัง 2) ระยะความต้องการการดูแลด้านจิตใจ 3) ระยะความต้องการการแก้ปัญหาด้านสังคมจิตใจ 4) ระยะการนำความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ และ 5) ระยะสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม ทั้งนี้กลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูล (Mutual Support Group) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน เข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดความเอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและเกิดทักษะการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Chien & Norman, 2009) โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Social Learning Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1976) ที่สมาชิกในกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลสามารถเรียนรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์การเป็นอยู่ร่วมกับครอบครัว การดูแลตนเอง รวมทั้งและการฝึกทักษะทางสังคมใหม่จากสมาชิกคนอื่นๆด้วยหลักการ 3 องค์ประกอบ คือ มีวิธีการแลกเปลี่ยนหรือการสอนที่ชัดเจน ให้แรงเสริมที่เหมาะสม และการทำตัวอย่างหรือรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ โดยจัดกลุ่มฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคมต่าง ๆ เช่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ทักษะการแก้ปัญหา การเข้าสังคม และการสื่อสาร

**โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย
สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ**

1. สัมพันธภาพและความทรงจำ
2. ความรู้เรื่องโรคและการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต
4. การบริหารกายจิต
5. การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ
6. สติเพื่อการสื่อสารและการเข้าสังคม
7. การประยุกต์ความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมไทย

คุณภาพชีวิต

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงเชิงคุณภาพ โดยวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมไทย และผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และญาติผู้ดูแล ที่พาผู้สูงอายุสมองเสื่อม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยผู้ให้ข้อมูลมีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

1. ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และทีมผู้ดูแลในเครือข่าย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลจากเครือข่าย จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมไทย จำนวน 1 คน

2. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 5 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคำถาม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จะต้องดูแลและทำกิจวัตรประจำวันอย่างไร เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย (ความเชื่อ ค่านิยมและวิถีชีวิต)

2. การดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ควรมีลักษณะและรูปแบบอย่างไร

3. มีประเด็นสำคัญของลักษณะของวัฒนธรรมไทยใดบ้างที่ควรบูรณาการในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างให้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD จำนวน 5 คน และผู้ดูแล จำนวน 5 คน 2) กลุ่มทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ในแต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอน ดังนี้ การบันทึกข้อมูล (Field notes) การให้รหัสข้อมูล (Coding) และการวิเคราะห์ ตีความ และให้ความหมายข้อมูล (Analysis and interpretation) (Yoddanan-Attigg & Tangchonlatip, 2009)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การนำผลการวิเคราะห์ไปให้พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุอ่านและแสดงความคิดเห็น และนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มี BPSD และผู้ดูแล ฟังและให้ทำการวิจารณ์ความถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการตรวจสอบว่านักวิจัยมีการตีความและให้ข้อสรุปได้ตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูล (Phothisita, 2011)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง นำมาร่างโปรแกรม ฯ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมไทย จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับเนื้อหาของการฝึกทักษะการดูแลตนเองเฉพาะทักษะที่สำคัญและจำเป็นอย่างได้แก่ ทักษะการกินอาหาร การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ และการออกกำลังกาย ส่วนทักษะอื่นให้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหาที่พบขณะทำการทดลอง และข้อเสนอแนะโดยรวมให้เขียนกิจกรรมในโปรแกรมให้เห็นเป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอน ที่ง่ายและไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้จริง สามารถทำซ้ำได้หลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 5 ครอบครัว เพื่อดูความครอบคลุม ความชัดเจน และสามารถใช้ได้ตามสถานการณ์จริง โดยผู้สูงอายุสมองเสื่อมฯ โดยผู้ดูแลเสนอแนะในเรื่องการใช้ภาษาที่เป็นทางการในบางคำ ทำให้ต้องถามเพื่อให้เปลี่ยนภาษาให้ง่ายและชัดเจน และระหว่างการทำกิจกรรมผู้สูงอายุฯ มีอาการง่วงนอน หงุดหงิด ควรปรับโดยการมีกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุฯ เคยทำมาคั่นกิจกรรมเป็นช่วงๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับในโปรแกรมฯ

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การศึกษาในระยะนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (Pre-Posttest Control Group Design) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561 ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศิริรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศิริรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามเกณฑ์ ICD-10) ว่าเป็นสมองเสื่อม (F00-F04)
2. มีผลประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ด้วยแบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai Version (NPI - Q Thai) มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ
3. มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL) ได้ 5 คะแนนขึ้นไป
4. สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยการพูดและการได้ยิน
5. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคประจำตัวรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่องผลของกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลสำหรับครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีเชื้อชาติจีน ของ Chien, Chan, & Thompson, 2006; Chien & Norman, 2009) ได้ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง=49.30, $SD=14.40$ และได้ค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม = 42.50, $SD=16.00$ ได้ค่า Effect Size .70 นำไปหาค่ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Cohen (1988) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ได้ขนาดของกลุ่มที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 26 คน (Bernard, 2000) รวม 52 คน เพื่อป้องกันการ Drop Out ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 รวมเป็น 64 คน ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมตามหลักเกณฑ์ข้างต้นจากทะเบียนผู้ป่วยที่คลินิกผู้สูงอายุทั้งหมดมาจับฉลาก ให้เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 32 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน อาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life Assessment instrument: WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทยโดย Mahatnirunkul, Tantipiwattanakul, Wongsuwan & Prommanajirangkul (1998) ได้พัฒนาให้เหมาะสมกับคนไทย โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด แต่มีการปรับการให้นิยามในแต่ละองค์ประกอบ ข้อคำถาม ตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสมองเสื่อมในชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ท่าน ได้คำตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .89 ภายหลังผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90 ได้ข้อคำถาม 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 9 ข้อ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 14 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 7 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ที่ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด ให้ค่า 4 คะแนน มาก ให้ค่า 3 คะแนน น้อย ให้ค่า 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ค่า 1 คะแนน และผู้วิจัยแปลค่าคะแนนของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดยใช้การเทียบค่าคะแนนกับแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ ขององค์การอนามัยโลก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระดมทุนการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศิริรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำกลุ่มตามโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 1 คน ที่จบการศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและหลักสูตรเฉพาะทางจิตเวชสูงอายุ และผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมกับทีมผู้วิจัย

1.3 เตรียมผู้เก็บข้อมูลจำนวน 2 คน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และผ่านการฝึกทักษะการเก็บข้อมูลจากทีมผู้วิจัย

1.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากสมุดทะเบียนผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในคลินิกจิตเวชสูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย และมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมกับนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา ที่กำหนด และทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก เดือนเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561

2.2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ในกลุ่มทดลอง โดยแบ่งกลุ่มการทดลองออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 - 7 คน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 7 กิจกรรมๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 - 3 กิจกรรม รวม 3 สัปดาห์ ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการของแต่ละกิจกรรม คือ การทบทวนการบ้าน 10 นาที การผ่อนคลาย 5 นาที กิจกรรมหลักตามประเด็น 50 นาที การสะท้อนแก่สมาชิก 15 นาที การมอบหมายการบ้าน 5 นาที และข้อซักถามและการประเมินผลจากสมาชิกกลุ่ม 5 นาที รวม 90 นาที

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมการดูแลของคลินิกจิตเวชสูงอายุ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยา การมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่องในชุมชน

3. ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยนัดมาติดตามต่อเนื่อง ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริรัฐ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่า .05 ทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน (Sig. เท่ากับ .651, และ .146) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่ามากกว่า .05 ทั้งในระยะ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน (Sig. เท่ากับ .785 และ .431) แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้น จึงสามารถนำข้อมูลมา

วิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired t - test สำหรับการวิเคราะห์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง และให้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่ SSR REC 19/2560 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2560 และต่ออายุครั้งที่ 1 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผลการวิเคราะห์และตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความต้องการในการดูแลประกอบด้วย

1.1 ต้องการการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การส่งเสริมการจัดการอารมณ์/ความเครียดที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความเชื่อและค่านิยมส่วนบุคคล

1.3 การส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมให้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และผู้ดูแล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและเพื่อน

1.4 การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ได้แก่ แหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาทางการแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งสนับสนุนในชุมชน ระบบการดูแลด้านสุขภาพ

2. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรม ฯ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ฯ และผู้ดูแล จำนวน 3 ครอบครัว ได้โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรม มีขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาสร้างสัญญาใจหรือสร้างสัมพันธภาพและความหวัง 2) ระยะเวลาต้องการการดูแลด้านจิตใจ 3) ระยะเวลาต้องการการแก้ปัญหาด้านสังคมจิตใจ 4) ระยะเวลานำความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ และ 5) ระยะเวลาสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรม วัตถุประสงค์ และกิจกรรมย่อยของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย
1. สัมพันธภาพและการฟื้นฟูความทรงจำ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2. เพื่อแนะนำโปรแกรม ฯ 3. เพื่อฝึกทักษะการฟื้นฟูความทรงจำ	1. การปฐมนิเทศโปรแกรม 2. การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ 3. กิจกรรมการกระตุ้นความจำ
2. ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1. เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม 2. เพื่อฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน	1. ความรู้เรื่องโรค/โรคร่วม/การรักษา 2. การฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต	1. เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและความปลอดภัยตามวิถีไทย 2. เพื่อฝึกทักษะการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง 3. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	1. การปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน 2. การฝึกทักษะการจัดการค่าใช้จ่าย 3. การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม
4. บริหารกายจิต	1. เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารร่างกายตามวิถีไทย 2. เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารสมอง	1. การทำกิจกรรมที่ชอบตามวิถีชีวิต 2. การบริหารสมองและร่างกาย
5. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม	1. เพื่อให้ความรู้เรื่องอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหากระทบต่อการดำรงชีวิต และการจัดการที่เหมาะสม 2. เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์/ความรู้สึกที่เกิดจากปัญหาของภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพโดยใช้สติบำบัด	1. การจัดการอาการ BPSD/ความคิด/อารมณ์/ความรู้สึก 2. การเสริมสร้างความภาคภูมิใจ/การมีคุณค่า
6. สติเพื่อการสื่อสารและการเข้าสังคม	1. เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย 2. เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารที่สอดคล้องและเหมาะสมตามวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้สังคมวัฒนธรรมไทย	1. การสื่อสารด้วยสติ 2. การสื่อสารในครอบครัวและทางสังคม
7. การประยุกต์ความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมไทย	1. เพื่อทบทวนทักษะการเรียนรู้ที่ผ่านมา 2. เพื่อเสริมสร้างพลังใจและความมั่นใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและผู้ดูแล 3. เพื่อประเมินความสามารถในการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้กับตนเองและครอบครัว	1. การทบทวนและสรุปทักษะต่าง ๆ สู่การประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตตามวิถีชีวิตและความเชื่อของแต่ละบุคคล 2. การประเมินผล

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) อายุ 71 – 80 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) โดยอายุมากที่สุด 90 ปี น้อยสุด 60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 71.88) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 71.88) มีอาการกังวลมากที่สุด (ร้อยละ 59.38) รองลงมาคืออาการหงุดหงิด (ร้อยละ 46.88) ส่วนควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.63) อายุ 81 – 90 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.75) โดยอายุมากที่สุด 93 ปี น้อยสุด 67 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 56.25) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 84.38) มีอาการกังวลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.13) รองลงมาคืออาการหงุดหงิด (ร้อยละ 40.63)

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

3.2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 64)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังการทดลอง 1 เดือน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านร่างกาย	25.94	2.94	24.06	2.68	2.903	62	.003
ด้านจิตใจและอารมณ์	41.28	4.71	39.09	3.83	2.038	62	.023
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	21.41	1.97	19.53	2.83	3.080	62	.002
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.13	1.16	24.28	2.02	2.050	62	.023
โดยรวม	113.75	7.78	106.94	9.50	3.139	62	.002

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t=3.139, p=.002$; $t=2.903, p=.003$; $t=2.038, p=.023$; $t=3.080, p=.002$; และ $t=2.050, p=.023$ ตามลำดับ) ดังตาราง 2

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจใน กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 32)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านร่างกาย	23.78	3.81	25.94	2.49	3.345	31	.001
ด้านจิตใจและอารมณ์	36.91	4.48	41.28	4.71	5.033	31	<.001
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	19.03	2.86	21.41	1.97	4.626	31	.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.06	2.73	25.13	1.16	4.160	31	<.001
โดยรวม	102.78	10.90	113.75	7.78	5.888	31	.001

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ทั้งโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ($t=5.888, p=.001$; $t=3.345, p=.001$; $t=5.033, p=.000$; และ $t=4.626, p=.001$ $t=4.160, p=.000$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

1. การศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในหลาย ๆ ด้าน อาทิ การดูแลเรื่องการรับประทานยา ความปลอดภัย กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ที่สำคัญคือพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้ (Quinn, Clare, & Woods, 2015) ซึ่งการส่งเสริมคุณภาพของสัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังยากนี้เป็นการดูแลที่ทำหาย อาจก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ รวมไปถึงอาจนำไปสู่ความคิดที่จะทำร้ายตัวเอง (O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck, & De Leo, 2016) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีทักษะการจัดการอารมณ์หรือความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะ

ช่วยป้องกันการเกิดผลทางลบในเรื่องอารมณ์ได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีสนับสนุนส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนจากระบบสุขภาพ เพราะสามารถยืดเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kerpershoek, de Vugt, Wolfs, Woods, Jelley, Orrell, et. al. (2018) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแล 2 เท่า ทั้งนี้การดูแลควรเน้นไปที่การบำบัดเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิต

2. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผลการพัฒนาโปรแกรม ๗ ตามขั้นตอนได้ทั้งหมด 7 กิจกรรมที่มีลักษณะของการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งการให้ความรู้ เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกทักษะ รวมไปถึงการอธิบายถึงการเรียนรู้ที่ได้ที่มีกระบวนการอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ ที่เข้าร่วมกิจกรรมทำให้มีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลทางสุขภาพ และด้วยกิจกรรมตามโปรแกรม ๗ มีลักษณะของการบูรณาการการบำบัดที่ไม่ใช่ยาที่หลากหลายรูปแบบเหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการ BPSD ซึ่งเป็นอาการที่สาเหตุทั้งจากประสาทชีววิทยาของผู้สูงอายุเอง รวมไปถึงปัจจัยด้านผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่โปรแกรมมีการฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ทั้งนี้การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ รับรู้ถึงชีวิตที่มีความหมาย รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต (Adlbrecht, Bartholomeyczik, Hildebrandt, & Mayer, 2021) ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดที่มีความหลากหลาย และมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน เรียนรู้ได้ง่ายทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุไปพร้อม ๆ กัน มีความเหมาะสมกับการไปใช้ในการจัดการกับ BPSD ได้

3. ผลของโปรแกรม ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะทำให้การดำเนินโรคแย่ลงได้เร็วขึ้น และก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบสุขภาพ ซึ่งการบำบัดแบบไม่ใชยานี้มีความเหมาะสมและสามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Gitlin, Piersol, Hodgson, Marx, Roth, Johnson, et al, 2016) โดยการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรม ๗ พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ กล่าวได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมที่มีลักษณะของการบูรณาการรูปแบบการบำบัดที่ไม่ใช่ยาที่หลากหลายนั้นสามารถจัดการกับอาการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ด้วยกิจกรรมในโปรแกรม ๗ ที่มีความครอบคลุมทั้งกิจกรรมทางกาย จิตใจ และสังคม จึงมีส่วนในการช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดูแลในระยะยาว (Barreto, Demougeot, Pillard, Lapeyre-Mestre, & Rolland, 2015) ได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ กล่าวคือ กิจกรรมการบริหารกาย ที่มีประโยชน์ในเชิงป้องกันและจัดการภาวะสมองเสื่อม ทั้งการช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ (Forbes, Forbes, Blake, Thiessen, & Forbes, 2015) ซึ่งเป็นปัจจัยของการดำเนินโรค ช่วยจัดการภาวะ BPSD ชะลอการลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (Feast, Orrell, Charlesworth, Melunsky, Poland, & Moniz-Cook, 2016; Braun, Trivedi, Dickinson, Hamilton, Goodman, Gage, et al, 2019) อีกทั้งผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ ได้รับความรู้ถึงประโยชน์ของการบริหารกาย ได้ทดลองปฏิบัติ และจากการติดตาม ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้นำการบริหารกายไปใช้ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

การที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เข้าใจถึงความหมาย และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ แสดงออกได้อย่างถูกต้อง และสามารถสื่อสารตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้เหมาะสม และมีสติรู้ทันในอารมณ์ของตนเอง สามารถลดอาการ BPSD ได้ สอดคล้องกับ ลิวิงสตัน และคณะ (Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos, 2005) กล่าวว่าการบำบัดที่มีหลายองค์ประกอบที่บำบัดแบบรายรอบครัว หรือแบบกลุ่มนั้นมีประสิทธิภาพอย่างมาก ถ้านั้นที่สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การให้ข้อมูลทั้งที่เกี่ยวกับโรคและการช่วยเหลือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาที่

เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมของตนเอง โดยเฉพาะการบำบัดแบบกลุ่มที่เพิ่มการอบรมเทคนิคการจัดการกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ สามารถช่วยลดความรู้สึกละอายใจในผู้ดูแล และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ รวมทั้งช่วยยืดเวลาในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ๑ (Schoenmakers, Buntinx, & DeLepeleire, 2010)

แม้ว่า BPSD มีความเกี่ยวข้องกับระดับความบกพร่องทางการรู้คิด แต่กลับพบว่าปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ กับสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่ค่อนข้างซับซ้อน (Gitlin, Piersol, Hodgson, Marx, Roth, Johnson, et al, 2016) การบำบัดจึงควรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมด้วย ดังนั้นการมีกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรม ๑ เป็นสิ่งที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้การประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ ทั้งจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลภายในกลุ่มของสมาชิกกลุ่มที่คำนึงถึงการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ ที่ผ่านมามีกิจกรรมการระลึกความทรงจำ เช่น ประเพณีต่าง ๆ สุภาพดี คำพังเพย กิจกรรมทางศาสนา รวมไปถึงกิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่อยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์ ความทรงจำ และส่งเสริมความเป็นอยู่อย่างมีความสุข (Douglass, Keddle, Brooker, & Surr, 2010)

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจนี้ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลาง ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วย ทั้งนี้รูปแบบการบำบัดควรจะเป็นแบบกลุ่มจำนวนประมาณ 3-5 ครอบครัวเพื่อที่จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และแต่ละครอบครัวควรมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันในทุกกิจกรรม เพราะจะมีการฝึกทักษะการดูแลและเน้นในทักษะเฉพาะที่เป็นปัญหาของการดูแล ให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะนำไปใช้ที่บ้านที่สำคัญพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ จะต้องมีการอบรมการใช้โปรแกรม ๑ และมีการประเมินระดับความรุนแรง ของอาการ BPSD ที่เกิดขึ้น และการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่เข้ามารับการเรียนรู้พร้อมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนากิจกรรมการบำบัดอาการ BPSD เฉพาะแต่ละอาการ หรือเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอาการสมองเสื่อมระดับเดียวกัน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละคนจะมีอาการที่แตกต่างกัน ระดับความรุนแรงแตกต่างกัน อีกทั้งควรเพิ่มวิธีการบำบัดที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้มีโอกาสเลือก เช่น ดนตรีบำบัด สุนัขบำบัด เป็นต้น และควรนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการเรียนการสอนทางพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

References

- Adlbrecht, L., Bartholomeyczik, S., Hildebrandt, C. & Mayer, H. (2021). Social Interactions of Persons with Dementia Living in Special Care Units in Long-Term Care: A Mixed-Methods Systematic Review. *Dementia*, 20(3), 967-984. <http://doi: 10.1177/1471301220919937>.
- Baharudin, A. D., Din, N. C., Subramaniam, P. & Razali, R. (2019). 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*, 19(Suppl 4), 447. <http://doi.org/10.1186/s12889-019-6868-0>.

- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barreto, P. D, Demougeot, L., Pillard, F., Lapeyre-Mestre, M. & Rolland, Y. (2015). Exercise Training for Managing Behavioral and Psychological Symptoms in People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ageing Research Reviews*, 24, 274–285. <http://doi: 10.1016/j.arr.2015.09.001>
- Bernard, H. (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* Sage, Thousand Oaks.
- Braun, A., Trivedi, D. P., Dickinson, A. Hamilton, L., Goodman, C., Gage, H., et al. (2019). Managing Behavioural and Psychological Symptoms in Community Dwelling Older People with Dementia: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Dementia*, 18(7–8), 2950–2970. <http://doi: 10.1177/1471301218762856>.
- Chaichumni, N. (2014). *The Effect of a Thai Culturally-Based Mutual Support Program on Social Functioning of Persons with Schizophrenia*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand. (in Thai)
- Chapman, K. R., Tremont, G., Malloy, P. & Spitznagel, M. B. (2020). The Role of Sexual Disinhibition to Predict Caregiver Burden and Desire to Institutionalize among Family Dementia Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 42–51. <http://doi: 10.1177/0891988719856688>
- Chien, W. T., Norman, I. & Thompson, D. R. (2006). Perceived Benefits and Difficulties Experienced in a Mutual Support Group for Family Carers of People with Schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 16(7), 962-981.
- Chien, W. T. & Norman, I. (2009). The Effectiveness and Active Ingredients of Mutual Support Groups for Family Caregivers of People with Psychotic Disorders: A literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1604-1623. <http://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.04.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Douglass, C., Keddle, A., Brooker, D. & Surr, C. (2010). Cross-Cultural Comparison of the Perceptions and Experiences of Dementia Care Mapping "Mappers" in the United States and the United Kingdom. *Journal of Aging and Health*, 22(5), 567-588. <http://doi:10.1177/0898264310362541>
- Feast, A., Orrell, M., Charlesworth, G, Melunsky, N., Poland, F. & Moniz-Cook, E. (2016). Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia and the Challenges for Family Carers: Systematic Review. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 429–434. <http://doi: 10.1192/bjp.bp.114.153684>
- Forbes, D., Forbes, S. C, Blake, C. M., Thiessen, E. J. & Forbes, S. (2015). Exercise Programs for People with Dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006489. <http://doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub4>.
- Galinsky, M. J. & Schopler, J. H. (1995). *Support Groups: Current Perspectives on Theory and Practice*. New York, NY: Harworth Press.

- Gitlin, L. N., Piersol, C. V., Hodgson, N., Marx, K., Roth, D. L., Johnson, D., et al. (2016). Reducing Neuropsychiatric Symptoms in Persons with Dementia and Associated Burden in Family Caregivers using Tailored Activities: Design and Methods of a Randomized Clinical Trial. *Contemp Clin Trials*, 49, 92–102. <http://doi: 10.1016/j.cct.2016.06.006>.
- Hsu, T. J., Tsai, H. T., Hwang, A. C., Chen, L. Y. & Chen, L. K. (2017). Predictors of Non-Pharmacological Intervention Effect on Cognitive Function and Behavioral and Psychological Symptoms of Older People with Dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(Suppl 1), 28-35. <http://doi: 10.1111/ggi.13037>. PMID: 28436192.
- Kerpershoek, L., de Vugt, M., Wolfs, C., Woods, B., Jolley, H., Orrell, M., et al. (2018). Needs and Quality of Life of People with Middle-Stage Dementia and Their Family Carers from the European Act if Care Study. When Informal Care Alone May Not Suffice. *Aging & Mental Health*, 22(7), 897-902. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1390732>.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1996–2021.
- Macleod, S. H., Elliott, L. & Brown, R. (2011). What Support can Community Mental Health Nurses Deliver to Carers of People Diagnosed with Schizophrenia? Findings from a Review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2011) 100–120. <http://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005>
- Mahatnirunkul, S., Tantipiwattanaskul, W., Wongsuwan, K., & Prommanajirangkul, W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26items). *Journal of Mental Health Thailand*, 5, 4-15. (In Thai)
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M. & De Leo, D. (2016). Suicidal Ideation in Family Carers of People with Dementia. *Aging and Mental Health*, 20(2), 222-230. <http://doi: 10.1080/13607863.2015.1063109>.
- Pijl-Zieber, E. M., Awosoga, O., Spenceley, S., Hagen, B., Hall, B. & Lapins, J. (2018). Caring in the Wake of the Rising Tide: Moral Distress in Residential Nursing Care of People Living with Dementia. *Dementia*, 0(0), 1–22. <http://doi: 10.1177/1471301216645214>
- Phothisita, C. (2011). *The Science and Art of Quality Study*. (5th ed.). Bangkok: Amarin Print and Blushing. (In Thai)
- Quinn, C., Clare, L. & Woods, R. T. (2015). Balancing Needs: The Role of Motivations, Meanings and Relationship Dynamics in the Experience of Informal Caregivers of People with Dementia. *Dementia*, 14(2), 220-237. <http://doi. org/10.1177/1471301213495863>
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. & DeLepeleire, J. (2010). Supporting the Dementia Family Caregiver: The Effect of Home Care Intervention on General Well-Being. *Aging and Mental Health*, 14, 44–56. <http://doi: 10.1080/13607860902845533>.
- Sopina, E., Sorensen, J., Beyer, N., Hasselbalch, S. G. & Waldemar, G. (2017). Cost Effectiveness of a Randomized Trial of Physical Activity in Alzheimer's Disease: A Secondary Analysis Exploring Patient and Proxy-Reported Health-Related Quality of Life Measures in Denmark. *BMJ Open*, 7(6), e015217. <http://doi: 10.1136/ bmjopen-2016-015217>.

- Yoddanan-Attigg, B. & Tangchonlatip, K. (2009). *Qualitative Data Analysis: Recording Information, Interpreting and Finding Meaning*. Bangkok: Chino. (In Thai)
- Wilson, J. (1995). *How to Work with Self-Help Group: Guidelines for Professionals' Arena*. Alder Shot, Hants: United State of Kingdom, England.
- World Health Organization. (2017). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017 – 2025, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland*. Retrieved September 25, 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Dementia: Fact Sheet*. Retrieved September 25, 2021, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.