



รายงานการวิจัย เรื่อง

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การป้องกันในวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสุขภาพจิต
และการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก

Dementia in Ageing: Prevention for Young-onset, Mental Health
Rehabilitation and Family Support for Primary Caregiver

ผศ.ดร. ศรีสุดา	วงศ์วิเศษกุล
นางสาวรุ่งนภา	ป้องเกียรติชัย
นายวิวินท์	ปุระณะ
นางศิริพร	นันทเสนีย์
นางอริยา	ดีประเสริฐ
ดร.อรนุช	ชูศรี
นายปณวัตร	สันประโคน

มหาวิทยาลัยสวन्दุสิต

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวन्दุสิต



รายงานการวิจัย เรื่อง

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การป้องกันในวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสุขภาพจิต
และการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก

Dementia in Ageing: Prevention for Young-onset, Mental Health
Rehabilitation and Family Support for Primary Caregiver

ผศ.ดร. ศรีสุดา	วงศ์วิเศษกุล
นางสาวรุ่งนภา	ป้องเกียรติชัย
นายวิวินท์	ปุรณะ
นางศิริพร	นันทเสนีย์
นางอริยา	ดีประเสริฐ
ดร.อรนุช	ชูศรี
นายปณวัตร	สันประโคน

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดินด้านการวิจัยปีงบประมาณ2561)

หัวข้อวิจัย	ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การป้องกันในวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสุขภาพจิต และการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก
ผู้ดำเนินการวิจัย	ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล นางสาวรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย นายวิวัฒน์ ปุระณะ นางศิริพร นันทเสนีย์ นางอริยา ดีประเสริฐ ดร.อรนุช ชูศรี นายปณวัตร สันประโคน
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ปี พ.ศ.	2562

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ ฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิต และ สร้างเสริมแรงสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มคือ 1) บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 45 – 60 ปี 2) ผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Post Test Control Group Design) โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพัฒนาสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มวัยเสี่ยง โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตและโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้เวลา 8 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ตามลำดับ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คะแนนทัศนคติ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ ในระยะหลังการทดลองระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมคะแนนทัศนคติ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ และสามารถทำให้การจัดการตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผลโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตเพื่อการฟื้นฟูในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตมีคะแนน MMSE เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05รวมทั้งมีคะแนน MMSE มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยของภาระใน

การดูแลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยของในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี

สรุป

เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมกลุ่มอายุผู้ใหญ่ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกิจกรรมการจัดการตนเองสำหรับเรื่องนี้ สำหรับกลุ่มอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควรเข้าร่วมในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของโรค โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ในการลดภาระการดูแลของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้ดี

Research Title	Dementia in Ageing: Prevention for Young-onset, Mental Health Rehabilitation and Family Support for Primary Caregiver
Researcher	Assist. Prof. Dr.Sresuda Wongwiseskul, Rungnapa Pongkiatchai, Wiwin Purana, Siriporn Nantasenee, Ariya Deepraset, Dr. Orranuch Chusri, Panwat Sunprakhon,
Organization	Faculty of Nursing Suan Dusit University
Year	2019

The research was aimed to promote the adult group to have his self-management for preventing Alzheimer's disease, rehabilitate the elderly group who was having this disease and to reinforce the main caregiver group who was caring the elderly group. Then the studied groups were divided into 3 groups as 1) the adult group having age ranges between 45-60 years old 2) the elderly group ≥ 60 years old 3) the main giver group who was living in MahaSawat Sub-district, Phutthamonthon District, NakhonPathom Province. This was based on a quasi-experimental research type with pre-test and post-test control group design and it was conducted under the program of brain strengthening and development applied for the adult group to prevent the disease which would utilize the time to run the program for 8 weeks. Besides the rehabilitation program of mental health and the development program of mental capabilities and positive feelings would also be applied for the elderly group and the caregiver group respectively and both of these programs would use the equal time period for 4 weeks. From the results it was concluded as follows:

1. The adult group experimented with the program of brain strengthening and development could have the post-tested mean score of knowledge, attitude and self-management significant higher than the pre-tested score at $P = 0.01$. During the time of follow up and the time of program was terminated the experimented group then had its mean score of knowledge, attitude and self-management significant higher than the control group at $P = 0.01$. This could be proposed to that the program could make the experimented group have the self-management more than the control group and therefore it had the effectiveness.

2. For the rehabilitation program, after applying the rehabilitation program, the MMSE score for the experimental group was found of being higher than the MMSE score before applying the program with statistical significance of $p < .05$, and being higher than the MMSE score of the control group with statistical significance $p < .05$.

3. For the family support program, the result indicated that: before the family support program, the mean of the burden score of two groups were not different with statistical significance at $p < .05$. After applying the family support program, the mean of burden score for the experimental group was found of being lower than the mean score before applying the program with statistical significance of $p < .05$. After applying the family support program, the mean of burden score for the experimental group was found of being lower than the mean score of the control group with statistical significance $p < .05$.

Conclusion: To prevent the Dementia, the adult age group should be promoted and supported to have the activities of self-management for this. For aging group with dementia, they should be participating in the rehabilitation program to slow down its degeneration. As with Family support program, it could be concluded that this program was the useful method to reduce burden of caregiver of people with dementia.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
คุณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของ
เครื่องมือวิจัย ความตรงของเนื้อหา รวมถึงข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน
รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดนครปฐม
ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจน
กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยเป็นกำลังใจและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และ
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เป็นอย่างสูง สำหรับการสนับสนุนให้ทุนในการทำวิจัย

คณะผู้วิจัย

2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ภาวะสมองเสื่อมและการประเมินภาวะสมองเสื่อม	8
ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม	9
กระบวนการเกิดความจำ	10
หลักการสำคัญของ Neurobic Exercise	14
การประเมินภาวะสมองเสื่อม	16
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่	18
แรงสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก	20
ภาระการดูแล	21
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล	23
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	24
กรอบแนวคิดในการวิจัย	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
การศึกษาผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อ	33
ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)	
รูปแบบการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	39
การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)	39
รูปแบบการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	47
การศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)	48
รูปแบบการวิจัย	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	49
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4	
 ผลการวิจัย	57
บทที่ 5	
 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88
ผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)	88
สรุปผลการวิจัย	88
อภิปรายผล	88
ข้อเสนอแนะ	90
ผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)	91
สรุปผลการวิจัย	91
อภิปรายผล	91
ข้อเสนอแนะ	97

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
	ผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัว สำหรับ	97
	ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)	
	สรุปผลการวิจัย	97
	อภิปรายผล	99
	ข้อเสนอแนะ	101
	สรุปผลการวิจัย	102
บรรณานุกรม		
	บรรณานุกรมภาษาไทย	103
	บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ	106
ภาคผนวก		109
	ประวัติผู้วิจัย	110

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่	37
3.2	โปรแกรมบำบัดทางสุขภาพจิต	46
4.1	ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
4.2	ค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล	59
4.3	การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล	60
4.4	การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง	60
4.5	การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผล	61
4.6	การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและ ระยะติดตามผล	61
4.7	ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ หลังการทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test	62
4.8	ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ ติดตามผล โดยใช้ Mann Whitney Test	62
4.9	ค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	63
4.10	การเปรียบเทียบค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมอง เสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	63
4.11	การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	64
4.12	การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล	64
4.13	การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล	65

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.14	ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test	66
4.15	ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann Whitney Test	66
4.16	ค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	67
4.17	การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	67
4.18	การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	68
4.19	การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล	68
4.20	การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล	69
4.21	ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองโดยใช้ Mann Whitney Test	69
4.22	ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลโดยใช้ Mann Whitney Test	70
4.23	แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	71
4.24	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้เวลา สถานที่ จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002 ของกลุ่มตัวอย่าง	74
4.25	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการบันทึกความจำ (Registration) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	75
4.26	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/Calculation) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	76

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.27	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบความจำระยะสั้น (Recall) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	76
4.28	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการบอกชื่อสิ่งของ (Naming) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	77
4.29	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (Repetition) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	77
4.30	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมาย และการทำตามคำสั่ง (Verbal command) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	77
4.31	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน (Written command) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	78
4.32	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบการเขียน (Writing) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	78
4.33	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visuoconstruction) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002	78
4.34	แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนน MMSE-THAI 2002 จำแนกตามระดับการศึกษา	79
4.35	แสดงจำนวนค่าคะแนนMMSE-THAI 2002ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	79
4.36	แสดงจำนวนการเปรียบเทียบค่าคะแนนMMSE ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล	79
4.37	แสดงจำนวนการเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	80
4.38	แสดงจำนวนการเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล	80
4.39	แสดงจำนวนการเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล	81
4.40	แสดงจำนวนผลการเปรียบเทียบคะแนนMMSEระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test	81
4.41	แสดงจำนวนผลการเปรียบเทียบคะแนนMMSEระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผลโดยใช้ Mann Whitney Test	82

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.42	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(N=30)	83
4.43	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 30)	84
4.44	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (N = 30)	85
4.45	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ (N=30)	85
4.46	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะการดูแล	85
4.47	คะแนนเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนและหลังการทดลอง	86
4.48	เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน ระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที (Independent t-test)	86
4.49	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน ระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Dependent t-test)	86
4.50	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนภาวะการดูแล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)	87

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	โครงสร้างความจำ	10
2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงในด้านความจำ การใช้ความคิด พฤติกรรมและความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศ มีผู้ป่วยทั่วโลกจำนวนมากถึง 50 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10 ล้านคนต่อปี โดยพบมากในผู้ป่วยกลุ่มโรคอัลไซเมอร์มากถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยทั้งหมด องค์การอนามัยโลกระบุว่า กลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6.3 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด (World health organization, 2017) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยแล้วประมาณ 542,300 คนและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2.08 ล้านคนในอีก 30 ปีข้างหน้า สอดคล้องกับงานศึกษาของ พาวูฒิ เมฆวิชัยและสุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) ที่ได้สำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 55 ปีและ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 1.8-2.0 และ 11.4-12.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุในเขตภาคกลาง ร้อยละ 11.2 และส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 80 ปีขึ้นไป รองลงเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 32.5 และ 14.7 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2552) จะเห็นว่าสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะวิกฤติสำหรับผู้สูงอายุอย่างยิ่ง ผลกระทบที่สำคัญคือการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยตรงอีกด้วย นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมสามารถพบได้ในวัยก่อน 60 ปี เนื่องจากความผิดปกติของเซลล์ในสมอง ซึ่งไม่ทราบสาเหตุและจากความผิดปกติของยีน

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในสมอง (neurodegenerative) พบมากในกลุ่มโรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสันหรือเกิดจากเซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายและอาจเกิดในสมองหลายบริเวณ โดยจะมีผลกระทบต่อบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ (Mayo Clinic staff, 2019) ซึ่งการดำเนินของโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง ทั้งที่ระดับความรู้สึกตัวยังปกติและอาการที่เกิดขึ้นจะต้องรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาของการป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตัวเองไม่ได้ หลังจากเริ่มมีอาการและไม่ได้ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการสมองเสื่อมรุนแรงยิ่งขึ้น มีอาการหลงลืมอย่างมาก สับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลง ไม่สามารถตัดสินใจได้ อาการหนักมากขึ้นจะมีหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่รับประทานอาหารและนอนไม่เป็นเวลา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติแม้กระทั่งการแปรงฟันจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยทุกขั้นตอน และในที่สุดเกิดภาวะพึ่งพิงของครอบครัวและสังคม ประกอบกับเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดทำให้ผู้ป่วยต้องรับการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดยในแต่ละปีมีค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 604 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (World health organization, 2017) และต้นทุนส่วนใหญ่เกิดจากค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล และค่ายาในการรักษา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล

พบว่าค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เฉลี่ย 8,000บาทต่อเดือน เพราะฉะนั้นจะไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่จะส่งผลถึงครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลในสภาพข้อจำกัดของผู้ป่วยอย่างที่กำลังกล่าวมา เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด

ผลของภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ภาวะสมองเสื่อมนั้นในระยะแรกจะพบว่ามีอาการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยระยะนี้จะเริ่มรู้ว่าตัวเองผิดปกติและเมื่อไปพบแพทย์จะยังไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติที่ชัดเจน อาการมักจะรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยที่อาการรุนแรงมากจะสูญเสียความจำอย่างมาก สับสน ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ไม่พูดหรือพูดไม่รู้เรื่อง กิจวัตรประจำวันบกพร่องและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากความเสื่อมตามวัยส่งผลเสียต่อการทำบทบาทหน้าที่ บุคลิกภาพ ความคิด การควบคุมอารมณ์ และการรับรู้ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา โดยพบว่ามีการซึมเศร้าร่วมด้วยสูง สอดคล้องกับข้อมูลการรักษาผู้สูงอายุของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2550 พบว่าในกลุ่มสมองเสื่อมขั้นปานกลางถึงรุนแรงนี้มักพบปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต โดยอาการมักจะขึ้น ลง เกิดซ้ำๆ ได้บ่อย ถึงร้อยละ 40 และมาพบแพทย์ด้วยปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปตามที่กล่าวข้างต้น รวมทั้งมีอาการทางจิต ได้แก่เห็นภาพหลอน หูแว่ว ซึมเศร้า กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง ระวัง ก้าวร้าว ความผิดปกติดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความทุกข์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในอดีตการรักษาภาวะสมองเสื่อมจะเน้นในการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ขาดการเน้นในเรื่องการป้องกันการเสื่อมของสมองและการฟื้นฟูสมองในส่วนที่เริ่มเสียไป ทำให้อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงขึ้นมาก และเป็นปัญหาใหญ่ที่สำคัญของประเทศเนื่องจากสังคมของประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดการณ์ไว้ อัตราอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นตามปัจจัยเสี่ยงที่มากขึ้น อีกทั้งภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังผู้ที่เจ็บป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบากและเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลรักษาที่สูงมาก ในปัจจุบันการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีการพัฒนารูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น ยังคงหลักการการรักษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความผิดปกติทางจิตในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือพยายามทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองอย่างอิสระได้นานที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันและฟื้นฟูความเสื่อมของสมองมาใช้ในการฟื้นฟูความเสื่อมมากขึ้น รวมทั้งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับการดูแลทางสังคม จิตใจด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้

ผลกระทบอีกประการหนึ่งของการมีภาวะสมองเสื่อมคือผลกระทบต่อครอบครัว ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุนั้น ลักษณะของครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวที่ดี ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เหมาะสม คือ สามารถจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้หญิง อายุ 46-60 ปี เนื่องจากการปลูกฝังในค่านิยม วัฒนธรรมและความเชื่อทางสังคมเป็นวัยที่แสดงถึงประสบการณ์ใน

การดูแลและความรับผิดชอบมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ (Alvarez-Ude, F., Valdés, C., Estébanez, C., &Rebollo, P. (2004) ซึ่งมีการวิจัยเชิงคุณภาพที่สนับสนุนว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ประมาณร้อยละ 85 มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพโดยพบว่าผู้ดูแล 1 ใน 3 มีปัญหาโรคเรื้อรัง และ 1 ใน 3 ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระดูแลครอบครัว 3 ใน 4 ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ ประมาณ 1 ใน 9 มีผู้ที่ต้องดูแลระยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นการดูแลภายในครอบครัวภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2014) สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัถยานภิศ พละศึกและเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2560) พบว่า ลักษณะครอบครัวขยายจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีและบทบาทของผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองขึ้นอยู่กับว่า ผู้ดูแลนั้นเป็นบุคคลในครอบครัวเป็นลูก หลาน พี่น้องหรือญาติห่างๆ หากสมาชิกในครอบครัวผู้นั้นยังคงต้องประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวอยู่ ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นไปตามบริบทครอบครัวตนเอง ซึ่งครอบครัวและผู้ดูแลอาจจะประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ การไม่มีเวลา การขาดความรู้และทักษะในการดูแล และทัศนคติด้านลบที่มีต่อสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งงานศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์ (2557) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลกำลังเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุสถานะเป็นคู่สมรสและมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิม จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองเพื่อที่จะสามารถแบกรับภาระในบทบาทใหม่ให้ครบถ้วน เพราะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานาน จัดเป็นภาระที่หนักซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลค่อนข้างมาก

ความรู้สึกรับภาระ (Burden) ของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจัดอยู่ในระดับสูงที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรค (Alzheimer's Association, 2017) สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศที่พบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่รู้สึกเป็นภาระมากที่สุดมาจากโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสมองเสื่อม (ศิริณี ศรีหาคาศและคณะ, 2014) เนื่องจากผู้ป่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตัวเองไม่ได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง จึงต้องมีผู้ดูแลอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วย 1 คนอาจจะต้องมีผู้ดูแลถึง 2 คนเพราะบางรายมีอาการฉุนเฉียวหรือมักจะระแวงคนรอบข้าง ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการปวดหลังเฉียบพลันจากการก้มตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่มีปริมาณมากในแต่ละวัน มีความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย เครียด กังวล ท้อแท้ ผิดหวัง ว่าเหวเหมือนถูกทอดทิ้งให้รับผิดชอบผู้ป่วยเพียงคนเดียว บางครั้งผู้ดูแลมีคำถามต่างๆ ซึ่งสาเหตุมาจากลักษณะความยุ่งยากของงาน จากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลซ้ำๆในแต่ละวัน ความยาวนานของการทำหน้าที่และการใช้เวลาส่วนตัวและการใช้ชีวิตในสังคมลดลง (สิริพร มินะนันท์, 2552) สิ่งเหล่านี้ คือภาระในการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งสิ้น งานวิจัยของ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ (2558) พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและผู้ดูแลจึงไม่ได้มีเพียงแค่ความสูญเสียที่เป็นตัวเงินเท่านั้น แต่ยังมีความสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้ซึ่งเกิดขึ้นกับจิตใจของผู้ดูแลด้วย เนื่องจากผู้ดูแลจะเกิดความเครียด หรือบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (สิริพร มินะนันท์, 2552) ภาระในการ

ดูแลเหล่านี้จะรู้สึกลดลงก็ต่อเมื่อ ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลช่วยเหลือและการจัดการในครอบครัวอย่างเหมาะสม (รวิวรรณ กลิ่นสุวรรณและคณะ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพื่อป้องกันอาการถดถอยของผู้ป่วย หวังช่วยลดภาระของคนในครอบครัว อาทิ การฟื้นฟูให้ดูแลตัวเอง การฝึกสมองผ่านโปรแกรมประยุกต์เพื่อฟื้นฟูเพื่อชะลอการสูญเสียความจำ การฝึกความจำด้วยกิจกรรมการเรียนรู้จริง การออกกำลังกายสมอง การฝึกความจำร่วมกับการใช้สมาธิ โดยการคำนวณโจทย์คณิตศาสตร์ การเชื่อมโยงการจินตนาการ การใช้รหัสช่วยจำ การฟังเพลง จินตนาการภาพวิจิตรทัศน์ สร้างอารมณ์ขันและปฏิสัมพันธ์กับบุคคล พบว่า ทำให้ผู้ป่วยชะลอความเสื่อมลงได้ และยังส่งเสริมความสามารถในการจดจำเพิ่มขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาได้เช่นกัน (Yu et al, 2009) จะเห็นว่าที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่ดูแล ฟื้นฟูและส่งเสริมเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความรู้สึกทุกข์ทรมานในภาระการดูแลของครอบครัวเลย ซึ่งสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ล้วนต้องการกำลังใจและแบ่งเบาภาระนั้นไปด้วยวิธีการที่เหมาะสมแตกต่างกัน ตามบริบทครอบครัว (Etters, Goodall, & Harrison, 2008)

ถึงแม้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยและใช้เวลามาก ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนน้อย เครียด ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อนในทุกขั้นตอนและด้วยข้อจำกัดของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่การดูแลกิจวัตรประจำวันจนถึงความสามารถในการตัดสินใจ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้าหรือเครียดจากการดูแล อีกทั้งผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหเฉพาะตน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมลดลง ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจและฐานะการเงินของผู้ดูแลและครอบครัว แต่หากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้วยตัวเอง ได้ช่วยเหลือกันอาจจะมาในรูปแบบของ ผลัดเปลี่ยนการดูแล ช่วยเหลือในวัตถุประสงค์ของ การรับฟังกันและกัน หรือการแสดงออกถึงความเห็นใจกันและกัน ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีและก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคในภาวะวิกฤติไปได้ อีกทั้งดำเนินชีวิตได้ปกติสุข แม้จะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีการดูแลยุ่งยากก็ตามจากข้อมูลข้างต้น ทำให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่พยาบาลไม่ควรมองข้าม และเชื่อว่าผู้สูงอายุทั้งหมดนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไม่มากก็น้อย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้บางคนกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุและบางคนเป็นผู้สูงอายุด้วย ซึ่งหากตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงก็จะตกเป็นภาระหน้าที่ให้กับสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งในที่สุดจะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ใหญ่และสำคัญมากๆ สำหรับทุกประเทศทั่วโลกในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทยด้วย และนับวันจากนี้ปัญหาเรื่องการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้น ถ้าไม่บริหารจัดการให้ดี และจะซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ยากที่จะแก้ไขให้เป็นรูปธรรมในระดับครอบครัวโรงพยาบาลและในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอาจสรุปได้ว่าการจัดการกับภาวะสมองเสื่อมจึงควรดำเนินการอย่างเป็นระบบกล่าวคือ มุ่งเน้นการป้องกันก่อนเกิด การกระตุ้นให้การทำงานของสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้นในผู้สูงอายุที่พบภาวะสมองเสื่อมในระยะที่สามารถฟื้นฟูได้ รวมทั้งการสร้างคามเข้มแข็งให้กับผู้ดูแลผ่านระบบความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอันเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ดูแล

มากที่สุด องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือก่อนอายุ 60 ปี ยังไม่ชัดเจนและยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กว้างขวาง อย่างไรก็ตาม Alzheimer's society ได้กล่าวถึงอุบัติการณ์ของภาวะเสื่อมของสมองว่ามีสาเหตุเช่นเดียวกับการเกิดโรคในวัยสูงอายุและก่อให้เกิดพยาธิสภาพในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้น การค้นหาภาวะสมองเสื่อมในผู้ใหญ่ที่อายุ 45 ปี ขึ้นไปในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แบบประเมินเดียวกันกับการค้นหาในวัยสูงอายุสำหรับพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยกำหนดพื้นที่เพื่อศึกษาโดยการสุ่ม และเลือกได้พื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีความจำกัดของบุคลากร ที่เป็นไปตามโครงสร้างที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่มีความ รับผิดชอบที่จะต้องดูแลประชากรทุกช่วงวัย จึงจำเป็นต้องจัดการปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ จึงควรมีแนวทางใหม่บนแนวคิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว การส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถเริ่มได้ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะนี้ พื้นฟูสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสามารถลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของปัญหาจากการมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญเพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จะช่วยแก้ปัญหาระยะยาวอย่างยั่งยืน

การศึกษาข้อมูลโครงสร้างประชากรพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในตำบลมหาสวัสดิ์ 1,155 คน ผลการคัดกรองสมองเสื่อม AMI พบว่ามีสัดส่วนสูงที่สุดของอำเภอ หรือ ร้อยละ 8.82 ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ ปี พ.ศ. 2560 จัดว่าเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การป้องกันในวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสุขภาพจิต และการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 3) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคณะผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ จะมีแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบรวมทั้งการสนับสนุนผู้ดูแลหลักให้มีความเข้มแข็งในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุ 45 – 60 ปี ผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เจาะจงพื้นที่ตำบลมหาสวัสดิ์ ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านศาลา นกกระจอก หมู่ที่ 2 บ้านคลองมหาสวัสดิ์ หมู่ที่ 3 บ้านศาลาดิน และหมู่ที่ 4 บ้านคลองโยง โดยมี ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – กันยายน พ.ศ. 2561

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ในตำบล มหาสวัสดิ์ มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ สมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) แผลผลตามระดับการศึกษา กลุ่มที่เรียนระดับ ประถมศึกษา มีค่าคะแนน 14- 16 กลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่า 17-22

การจัดการตนเอง หมายถึง การจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหลงลืม/ภาวะสมอง เสื่อม ด้วยกระบวนการสร้างทักษะ โดยการฝึกสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการหลงลืม/ภาวะสมองเสื่อม และการเจ็บป่วยเรื้อรัง และวิธีการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ หมายถึง รูปแบบกิจกรรม การให้ความรู้และกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาสมอง ด้วยการเสริมความคิด การออกกำลังกาย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง

โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิต หมายถึง รูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัดทางสุขภาพจิต สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้ คิด และการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง มีจำนวน 16 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 ชั่วโมง

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง แผนการจัดการกิจกรรมในการให้ความรู้และคำแนะนำรายกลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการ สนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1987) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

- 1) กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนการประเมินค่า ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนด้านทรัพยากร กิจกรรมถูกออกแบบเป็น อภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 180 นาทีและจัด 1 ครั้ง และ
- 2) กิจกรรมที่ 2 เยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสนับสนุนทางอารมณ์ จะใช้เวลา 40 นาทีต่อ ครั้งต่อราย การเยี่ยมครั้งที่ 1 กำหนดให้ห่างจากกิจกรรมที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมี หน้าที่และ รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าหรือ เท่ากับ 6 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้และแนวปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่
2. องค์ความรู้และแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. องค์ความรู้และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับแรงสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสมองเสื่อมและการประเมินภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญาโดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว แต่มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและ อารมณ์ มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง ความผิดปกตินี้รบกวนการดำรงชีวิตก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การทำงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Elipoulos, C :2013) จึงเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม และยังก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวจากการดูแลตนเองไม่ได้อีกด้วย และอาจมีอาการผิดปกติ ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือรบกวนผู้อื่นได้ นอกจากนี้ครอบครัวและประเทศชาติต้องใช้เวลาใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเป็นปริมาณมหาศาล (McDougal, GJ: 2000)

ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ ระยะการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมจะมีการเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีลักษณะของบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงอย่างต่อเนื่อง การดำเนินของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายช้าเร็วต่างกันแต่โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4-10 ปี (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) โดยสามารถจำแนกระยะ ระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระยะแรก อยู่ในช่วง 1-3 ปี ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการผู้สูงอายุ จะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันมีอาการหลงลืมไม่มาก สูญเสียความจำระยะสั้น (short term memory) ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นานแต่จำเหตุการณ์เก่าได้ การรับรู้และสมาธิเสื่อมลง มักจะตั้งคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกต เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษา เช่นมักจะเลือกคำที่ใช้ในการพูดไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูกต้อง สับสนทิศทางโดยเฉพาะในที่ที่ไม่คุ้นเคย ความสามารถด้านการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกมาเป็นรูปร่างเริ่มทำไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันง่ายๆ ได้ตามปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน เช่นการคิดบัญชีรายรับ/รายจ่าย การช่วยซ่อมแซมอุปกรณ์ของใช้ในบ้านเริ่มบกพร่อง มักกล่าวโทษผู้อื่น อารมณ์หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล มักบ่นถึงการเจ็บป่วยทางกาย ในระยะนี้จะรู้สึกที่ตนเองความจำไม่ดี ไม่มีคุณค่า จะวิตกกังวลสูง ลืมนัดบ่อยๆ เล่าเรื่องเก่าซ้ำๆ ถามคำถามเดิม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม

2. ระยะที่ 2 อยู่ในช่วง 2-10 ปี ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรคความจำเสื่อมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความจำเสียอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเองอาจจะเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นจะต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแล ใกล้ชิด เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ เช่นการรับประทานอาหาร การขับถ่าย อาจจะจำญาติห่างๆ ไม่ได้ ความจำเรื่องเก่าๆ จะค่อยๆ เสื่อมลงหลังลงไป มักจะวางของผิดที่ผิดทาง การพูดจะลำบากขึ้น พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ เริ่มมีปัญหาด้านการสื่อสารระยะนี้จะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประจำวันที่เคยปฏิบัติได้ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว การจัดการด้านการเงิน การใช้โทรศัพท์ ประกอบอาหารไม่ได้ หลงทิศทาง บุคลิกภาพและสติปัญญาเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวนมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเห็นภาพหลอน และหูแว่ว มีอาการสับสนมากขึ้นในเวลาเย็น (Sundown syndrome) เนื่องจากเผชิญสิ่งสับสนมากในเวลากลางวัน การปรับตัวต่อความเครียดลดลง กระสับกระส่าย เดินหลงทาง

3. ระยะที่ 3 อยู่ในช่วง 3-12 ปี ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมากทั้งในอดีตและปัจจุบัน จำคนใกล้ชิดไม่ได้จนในที่สุดอาจไม่รู้จักตนเอง พูดลิ้นรัวไม่เป็นภาษาจนไม่สามารถพูดได้ กลืนอาหารลำบาก อาจล้มหรือรับประทานอาหารแล้ว สับสน เงียบแยกตัว เริ่มมีปัญหาการกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ การเคลื่อนไหวผิดปกติ อาจนอนติดเตียง แขนขาเกร็งงอ ต้องให้การดูแลทุกอย่าง ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน เช่นปอดบวม แผลกดทับ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหรือหลอดเลือดในสมองอุดตัน

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

1. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งจะพบว่ามีลักษณะไม่กระตือรือร้นที่จะทำอะไรชอบอยู่กับที่และมักจะคิดและพูดแต่เรื่องตนเองโดยเฉพาะเรื่องในอดีตจะพูดซ้ำๆ จนบางครั้งคนในครอบครัว คิดว่าความจำยังดี แต่ที่จริงผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ๆ ก่อน ถ้าอาการมากแล้วจึงจะสูญเสียความจำในอดีต

2. ภาวะหลงผิด พบได้ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบบ่อยเช่น เชื่อว่ามีคนในบ้านมาขโมยเงินทอง หรือข้าวของของตนเอง ซึ่งปัญหาเกิดจากมีปัญหาความจำระยะสั้น อาจพบหลงผิดว่าคู่สมรสมีคู่คิดว่ามีคนประสังค์ร้ายหรือทำร้ายเมื่อเกิดภาวะหลงผิดจะทำให้ความสามารถในการจำที่เสียอยู่แล้วสูญเสียมากขึ้น ดังนั้นคนในครอบครัวต้องไม่โกรธฟุ้งอย่างอดทนให้ผู้ป่วยอธิบายว่าทำไมจึงคิดเช่นนั้นพยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนตั้งใจฟังอย่างจริงจัง หรือเปลี่ยนหัวข้อสนทนาเปลี่ยนไปพูดเรื่องอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยลืมเรื่องเก่าไปได้

3. ภาวะประสาทหลอน พบได้ร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น บอกลูกหลานว่า เห็นคนบุกรุกเข้ามาในบ้านหรือเห็นเด็ก สัตว์ที่ไม่เคยมีในบ้านมาอยู่ในบ้านบางครั้งอาจบอกว่าเห็นคนที่รู้จักในอดีต เช่น พ่อแม่พี่น้องของผู้ป่วยที่ตายไปแล้วมาหาหรือประสาทหลอนแบบหูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วยเสียงคนชู่จะมาทำร้าย เป็นต้น

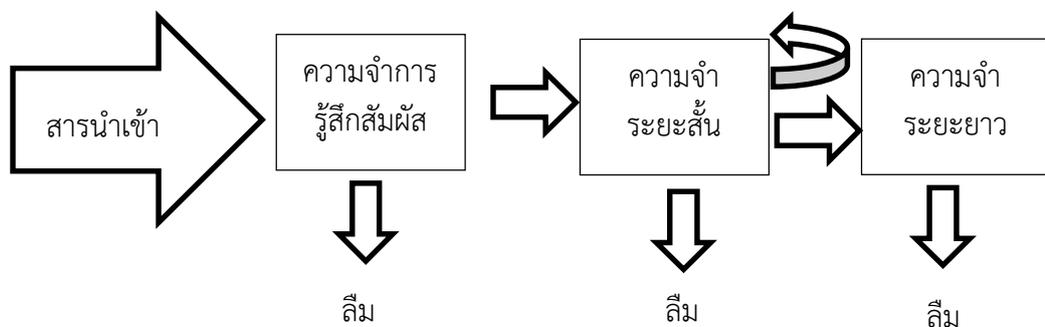
4. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น มีอารมณ์โกรธอย่างฉับพลันพบได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งภาวะสมองที่ไม่ดีจะทำให้การควบคุมอารมณ์เสียไปและอารมณ์ที่พบบ่อย คือ อารมณ์ซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 20-40 ซึ่งถ้ามีอารมณ์ซึมเศร้ามากอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้ส่วนอารมณ์ดี ผิดปกติพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด

5. พฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่เดินไปแบบไม่มีจุดหมายการเก็บสะสมของเก่าหรือของใช้ที่เสียแล้ว จะไม่ยอมทิ้งถ้าลูกหลานนำไปทิ้งก็จะโกรธมากการมีพฤติกรรมลวนลามทางเพศกับเพศตรงข้าม ทำแค่ลวนลามแต่จะไม่มีการทำร้ายเพื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมที่มักทำให้ลูกหลานอับอายขาดการเคารพนับถือและไม่ยอมดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในเพศชาย พบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม

6. การสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่การสูญเสียความสามารถต่างๆ เช่นการดูแลตนเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว การลิ้ม (ลิ้มของ ลิ้มกินยา ลิ้มมืออาหารที่รับประทาน)

กระบวนการเกิดความจำ

จำเป็นกระบวนการเชิงโครงสร้างที่ประกอบด้วยการรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล การเรียกข้อมูลกลับมาใช้ในลักษณะที่ต่อเนื่องกันเพื่อคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับ และสามารถนำกลับมาใช้หรือระลึกได้เมื่อต้องการโดยเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความจำ (Memory) เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของสมองที่สำคัญของมนุษย์เนื่องจากช่วยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของสมอง รวมทั้งเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ ดังนั้นการเข้าใจเรื่องความจำสามารถช่วยให้เข้าใจกระบวนการคิดของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น โครงสร้างและกระบวนการเกิดความจำตามแนวคิดของ Atkinson and Shiffrin (Baddeley A.D., 2002) ดังภาพ 2.1



ภาพที่ 2.1 โครงสร้างความจำ (Baddeley A.D., 2002)

1. ความจำรับสัมผัส (Sensory memory) เป็นการทำงานของระบบประสาทที่ซับซ้อน โดยประสานกันระหว่างประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้าเข้ามาจะเกิดการทํางานของระบบกระตุ้นเกิดเป็นความจำรับสัมผัสซึ่งเป็นการรับข้อมูลข่าวสารขั้นต้น โดยจะเก็บสัญญาณที่รับสัมผัสไว้ในสมองส่วนรับสัมผัสเป็นระยะเวลาสั้นมาก คือ น้อยกว่าวินาที สามารถเก็บตัวกระตุ้นเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญไว้เป็นความจำได้เพียงบางส่วน ความจำรับสัมผัสนี้จะไม่มีการเก็บข้อมูลไว้ ยกเว้นแต่หากบุคคลให้ความสนใจ ความจำสัมผัสที่มีการทบทวนหรือรับข้อมูลนั้นซ้ำๆ ร่วมกับการมีสมาธิหรือความตั้งใจในการรับข้อมูล ข้อมูลจึงจะผ่านไปทีระบบลิมบิก (Limbic system) เกิดเป็นความจำถัดไป

2. ความจำระยะสั้น (Short - term memory) เป็นการจัดเก็บข้อมูลที่มีลักษณะสั้นๆ เข้าในหน่วยความจำเล็กๆเกิดขึ้นในขณะที่มีสติ มีความตั้งใจ แต่สามารถลืมได้อย่างรวดเร็ว โดยความจำชนิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลให้ความหมาย และความสำคัญกับข้อมูลที่ได้รับด้วยการทบทวนข้อมูลนั้นซ้ำๆ ซึ่งสามารถคงอยู่ได้ 2-3 นาที จนถึงเป็นวันหรือหลายวัน ความจำนี้จะหายไปเมื่อได้รับข้อมูลใหม่เข้ามาแต่สามารถระลึกถึงได้หรือดึงข้อมูลกลับมาใช้ได้นานขึ้นหากมีการทบทวนข้อมูลนั้นซ้ำๆหรือบ่อยๆ และมีสมาธิจะมีการสะสมความจำไปที่บริเวณสมองด้านข้าง (Temporal lobe) หรือส่วน Diencephalons เกิดเป็นความจำถัดไปแต่ในทางกลับกันหากไม่ได้ใส่ใจข้อมูลนั้นจะถูกลืมได้ภายในเวลาไม่กี่นาที

3. ความจำระยะยาว (Long - term memory) เป็นความจำที่มีความคงอยู่ของความจำยาวนานเป็นปีหรือตลอดชีวิต โดยผ่านกระบวนการของความจำรับสัมผัส และความจำระยะสั้น ประกอบกับบุคคลให้ความหมาย ความสำคัญ โดยการทบทวนข้อมูลซ้ำๆ ก็จะสามารถเกิดเป็นความจำระยะยาวที่สามารถระลึกได้ เช่นชื่อตนเอง และคนที่คุ้นเคย การนับเลข การท่องสูตรคูณ ความจำเกี่ยวกับสถานที่ สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย เป็นต้น

ผลกระทบต่อสมองเริ่มแรกของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะพบการสูญเสียความจำ (loss of memory) ร้อยละ 20-40 ของความจำเดิมและพบความจำบกพร่องมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2553) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวประกอบด้วยปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น (Jain, 2006) ปัจจัยทางด้านสังคมจากการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัวไม่ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (frontotemporal) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหนึ่งในแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง คือ การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ที่ พัฒนาโดย Spector (2003) อธิบายว่า การกระตุ้นด้านการรู้คิดช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ซึ่งประกอบด้วย ความจำ (memory) การมีสมาธิจดจ่อ (attention) การตัดสินใจ (judgment) การใช้ความคิดแบบนามธรรม (abstraction) การบริหาร จัดการ (executive function) และการใช้ภาษา (language) เป็นต้น โดยผลของการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาท (axon) ช่วยให้การเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้นส่งผลให้เซลล์สมองแข็งแรงและช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีนี้ได้ผลดีในการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (early stage-middle stage of dementia) การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ของ Spector (2003) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้สมองส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ซึ่งประกอบด้วย ความจำ (memory) การมีสมาธิจดจ่อ (attention) การรับรู้ (orientation) การคิดคำนวณ (calculation) การตัดสินใจ (judgments) การใช้ภาษา (language) และการบริหารจัดการ (executive function) ได้รับการกระตุ้น ส่งผลช่วยให้ชะลอการเสื่อมของสมอง การวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Therapy) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด การรักษาแบบไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การรักษาที่พบว่าสามารถส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) (McDougall, G.j.,2000) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริง เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเข้าไปซ้ำมา ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นช่วยส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิการรับสัมผัสและการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดได้นำบางส่วนของ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้เป็นการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มโดยใช้แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับความเป็นจริง และการกระตุ้นการรู้คิดอันมุ่งเน้นไปที่ความพยายามทำให้เกิดการรู้คิดเป็นการส่งเสริมให้ใช้

การประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ได้แก่ การใช้เงิน การคิดคำนวณ มิติสัมพันธ์ เกมส์ คำศัพท์และการกระตุ้นความทรงจำในอดีต (Elipoulos, C., 2013)

Neurobics (นิวโรบิกส์) คือระบบอย่างหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการบริหารสมองโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าร่วมกับอารมณ์ความรู้สึกในการทำกิจกรรมประจำวันรูปแบบใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้มีสุขภาพดี คิดค้นขึ้นโดยลอว์เรนซ์ ซี คาทซ์ (Lawrence C.K, 2010) ความเชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ศุนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์มหาวิทยาลัยดุค ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีความเชื่อว่าเมื่อสมองพัฒนาสมบูรณ์จะถูกใช้งานไปเรื่อยๆ จนลวงเข้าวัยผู้ใหญ่เซลล์สมองจะลดลงและไม่สร้างชิ้นใหม่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคสมองเสื่อมในวัยชราแต่ปัจจุบันค้นพบว่าหากรู้จักใช้สมองอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นถูกวิธี เซลล์ประสาทจะแตกแขนงทดแทนส่วนที่สูญเสียไปความจำจึงดีได้แม้อายุมากขึ้นแล้วก็ตาม

สมองของมนุษย์นั้น ประกอบด้วยเซลล์ประสาทมากมาย และแต่ละเซลล์ประสาทจะมีแขนงออกจากตัวเซลล์ ซึ่งแขนงเหล่านี้ทำหน้าที่ในการรับและส่งสัญญาณประสาทไปยังเซลล์ต่างๆ รอบๆ เซลล์ประสาท เพื่อให้การทำงานของสมองเป็นไปตามปกติ โดยปกติมนุษย์มีการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทจนถึงอายุ 5-6 ปีหลังจากนี้จะไม่มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ประสาท แต่สามารถเพิ่มจำนวนของแขนงเซลล์ประสาทได้ไปตลอดชีวิตทำให้มีการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทมากขึ้นซึ่งการเพิ่มจำนวนของแขนงเซลล์ประสาทรุนั้นเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ถ้าเรามีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มากขึ้น ก็จะมีการแตกแขนงของเซลล์ประสาทมากขึ้นไปจนตลอดอายุขัย เปรียบเซลล์ประสาทเหมือนต้นไม้ ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีการแตกกิ่งก้านสาขามากขึ้น ดังนั้น ถ้าคนเรามีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา มีกระบวนการคิดและวิเคราะห์ถูกวิธี ไม่ทำอะไรแบบเดิมๆ ตลอดเวลาจะเป็นการกระตุ้นให้สมองมีการแตกกิ่งก้านสาขาเพิ่มขึ้นการทำงานของสมองจะดีขึ้นไม่เสื่อมถอย เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจำนวนเซลล์ประสาทจะลดลงไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้อีกการที่จะทำให้สมองทำงานได้ตามปกติจึงจำเป็นที่จะต้องฝึกสมองให้มีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา จากหลักการนี้ นำไปสู่ทฤษฎีว่าด้วยการออกกำลังกายบริหารสมอง หรือที่เรียกว่า Neurobics Exercise ซึ่งนักชีวประสาทวิทยาชาวสหรัฐอเมริกา ได้ค้นพบวิธีการออกกำลังกายบริหารสมองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมอง โดยการฝึกทักษะสมองนั้นนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้วด้วยการขยับกล้ามเนื้อหลายๆส่วน มาประยุกต์รวมกันกลายเป็นวิธีบริหารสมองที่ใช้ประสาทสัมผัสไปกระตุ้นกล้ามเนื้อสมองหลายๆ ส่วนให้ขยับและตื่นตัวทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่สมองแข็งแรงขึ้นแต่ถ้าการใช้ชีวิตแบบเดิมๆ มากเท่าไรโดยไม่ได้สมองทั้งสองซีกเพื่อกระบวนการคิดสมองก็ไม่ได้ใช้งานมากเท่านั้นเพราะสมองจดจำรูปแบบพฤติกรรมได้แล้ว เช่น ถ้าขับรถไปทำงานตามเส้นทางที่คุ้นเคยทุกวันสมองจะใช้ประสาทส่วนเดิมอาจทำให้เซลล์ประสาทบริเวณนั้นแข็งแรง แต่ก็ลดทอนประสิทธิภาพของเซลล์ประสาทส่วนอื่นเพราะไม่ได้กระตุ้นเซลล์ เพื่อให้เกิดกระบวนการคิด

การออกกำลังกายด้วยการบริหารสมองด้วยนิวโรบิกส์สามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลาในรูปแบบที่สนุก และง่ายต่อการปฏิบัติซึ่งจะช่วยกระตุ้นระบบประสาทและการส่งต่อทางกระแสประสาทที่ไม่ค่อยได้ใช้งานให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยให้สมองแจ่มใสและแคล่วคล่องว่องไวขึ้น การออกกำลังกายแบบ neurobic exercise นี้คิดขึ้นมาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา กล่าวว่า หลักการของ neurobic exercise เป็นการนำแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ทำให้ร่างกายแข็งแรงด้วยการขยับกล้ามเนื้อหลายๆ ส่วนมาประยุกต์กลายเป็นวิธีการบริหารสมองที่ใช้ประสาทสัมผัสไปกระตุ้นกล้ามเนื้อสมองหลายๆ ส่วนให้ขยับและตื่นตัว ทำให้เซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองมีการสื่อสารกันมากขึ้น ซึ่งเป็นหลักในการฝึกสมองทั้งสองซีก และนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างแพร่หลายด้วยวิธีการคร่าวๆ ดังต่อไปนี้

หลักการสำคัญของ Neurobic exercise

1. ฝึกการใช้ประสาทสัมผัสให้มากขึ้นในทุก ๆ ด้าน ทั้งรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสเพื่อจะได้ดึงความสามารถของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ออกมาให้มากที่สุด และควรลองใช้สัมผัสหลายๆ ด้านผสมกัน เพราะคนเราทุกวันนี้ส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมที่ใช้ประสาทสัมผัสซ้ำๆ เพียงไม่กี่อย่างเท่านั้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นประสาทสัมผัสทางตาและหู ขณะที่ประสาทสัมผัสอื่นๆ มักจะไม่ค่อยถูกใช้งาน แต่เนื่องจากระบบประสาทสัมผัสแต่ละชนิดใช้สมองคนละส่วนกัน ดังนั้นเมื่อมีการใช้ประสาทสัมผัสหลายๆ อย่างพร้อมๆ กันก็จะเป็นการกระตุ้นเซลล์สมองหลายๆ ส่วนให้ทำงานและตื่นตัว ซึ่งจะช่วยให้เซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขามากขึ้น รวมถึงมีการเชื่อมโยงประสานงานกันระหว่างเซลล์เพิ่มขึ้นด้วย

2. การทำอะไรใหม่ๆ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตไม่ให้ย่ำอยู่กับที่แบบเดิมๆ หรือทำอะไรซ้ำๆ แบบเดิม หรือไม่ก้าวไปสู่ข้างหน้า เพื่อให้สมองได้เกิดกระบวนการคิด และการวิเคราะห์สิ่งใหม่ๆ ช่วยพัฒนากระบวนการคิดของสมอง เนื่องจากสมองของเรา จะทำทุกอย่างไปตามความเคยชินหรือเป็นไปโดยอัตโนมัติ ตัวอย่างเช่น การขับรถไปที่ทำงานทางเดิมทุกวัน สมองจะจดจำเส้นทางเดิมได้จนบางครั้งถึงที่หมายได้โดยไม่ต้องคิด ไม่ต้องใช้สมาธิ สมองจึงแทบจะไม่ได้ทำงานอะไรเลย แต่การทำอะไรใหม่ ๆ จะเป็นการกระตุ้นสมองให้คิดวิเคราะห์ วางแผน และต้องใช้สมาธิ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้สมองมีความสามารถเพิ่มขึ้นรวมถึงยังทำให้ชีวิตมีความสุขไม่เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจนำไปสู่การชะลอภาวะสมองเสื่อมได้เร็วขึ้น

การประยุกต์ทฤษฎี neurobic exercise ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 ประกอบด้วย กิจกรรมการได้ยิน และกิจกรรมการมองเห็น กิจกรรมการรับรส กิจกรรมการไต่กลิ่น

กิจกรรมการได้ยิน และกิจกรรมการสัมผัสทางร่างกาย ร่วมกับการใช้กิจกรรมการคิดและกิจกรรมทางจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้ (วรากร และคณะ, 2555; Lawrence, 2010)

กิจกรรมการมองภาพ (Visual activity) การดูภาพที่คุ้นเคยในอดีต ทำให้มีการทำงานของสมองส่วนท้ายทอย (Occipital) โดยการเชื่อมต่อกับกลุ่มเซลล์ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่ทำหน้าที่ในการจำ ทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำเรื่องราวในอดีตได้

กิจกรรมการรับรส (Gustatory activity) โดยการรับประทานอาหารที่มีรสชาติแตกต่างกัน การรับประทานอาหารที่แตกต่างไปจากเดิม ทำให้มีการทำงานของบริเวณร่องกลางของสมอง (Central sulcus) เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นศูนย์กลางของการรับรส ส่งผลต่อการทำงานของประสาทรับรส ซึ่งเชื่อมต่อกับกลุ่มเซลล์ประสาทในส่วนของฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ทำหน้าที่ในการจำ และการรับรสชาติของอาหารที่แตกต่าง จะทำให้สมองรับรู้การเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ อาหารที่หลากหลายรสชาติ ส่งผลต่อการทำงานของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทสัมผัส สามารถกระตุ้นสมองหลั่งสารเอนโดร์ฟิน (Endorphine) และเซโรโทนิน (Serotonin) ทำให้ความจำระยะสั้นดีขึ้น

กิจกรรมการได้กลิ่น (Olfactory activity) ขณะที่ได้กลิ่น เซลล์รับกลิ่นจะทำให้เกิดกระแสประสาทส่งผ่านเส้นประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วนที่เรียกว่าออลแฟกทอรีบัลล์ (Olfactory bulb) แล้วส่งกระแสประสาทไปสมองส่วนซีรีบรัม เพื่อให้แปลผลเป็นกลิ่นต่าง ๆ หลังจากนั้นจะส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วน Hippocampus ซึ่งจะช่วยแยกแยะกลิ่น โดยอาศัยความทรงจำเกี่ยวกับกลิ่นที่ผ่านมาในอดีต ทำให้สมองมีการพัฒนาความจำ การได้กลิ่นยังส่งผลต่อสมองส่วนขมับ (Temporal lobe) ทำให้กระตุ้นการสร้าง Endorphin ในสมองทำให้ความจำระยะสั้นดีขึ้น นอกจากนี้กลิ่นทำให้มนุษย์หวนกลับไปหาความทรงจำในอดีต ก่อให้เกิดการโยงโยในสถานที่และเวลาที่เคยผ่านมา จากความจำที่จัดเก็บไว้ในบริเวณระหว่างเปลือกสมอง (Cortex) กับสมองส่วนอะมิกดาลา (Amygdala) และ Hippocampus ซึ่งช่วยฟื้นฟูความจำระยะสั้น

กิจกรรมการได้ยิน (Auditory activity) เซลล์ประสาทที่ตอบสนองต่อเสียงอยู่ในบริเวณเปลือกสมองบริเวณขมับ (Temporal cortex) การได้ยินเสียงดนตรีที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง ช่วยกระตุ้นสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินให้มีการพัฒนา โดยเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ของสมองในส่วนต่างๆ ทำให้หลั่งสาร Endorphin มีผลทำให้สมองสมองปลอดโปร่ง มีความสุข สุขภาพดี และความจำระยะสั้นดี

กิจกรรมการสัมผัสทางร่างกาย (Tactilely activity) จะมีผลกระตุ้นเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ทำให้เซลล์สมองแตกตัวมากขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ การส่งสารสื่อประสาทรวดเร็ว มีการหลั่งของสาร Serotonin และ Endorphin ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่รวดเร็วขึ้น มีความจำที่ดีขึ้น (Antonio, H.L et al, 2009)

กิจกรรมการคิด (Thinking activity) ขณะที่สมองใช้ความคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาจะกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ทำให้เกิดการงอกใหม่ของสมอง (Neurogenesis) มีการสร้างใยสมองเพิ่มทำให้เกิดการเชื่อมโยงวงจรแห่งความรู้ในสมองหลายทางเพื่อสร้างจุดเชื่อมต่อ (Synapse) ที่จำเป็นในสมองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพความจำ

กิจกรรมทางจิตวิญญาณ (Spiritual activity) โดยปรับอารมณ์ให้อยู่ในสภาพผ่อนคลาย มีผลต่อการทำงานของสมองส่วน Amygdale ทำให้สมองหลั่งสาร Serotonin และ Endorphin ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้น มีความจำที่ดีขึ้น

จากหลักการของ neurobic exercise สามารถนำไปประยุกต์ เพื่อให้สมองเกิดกระบวนการคิด ด้วยวิธีการฝึกให้สมองทุกส่วน ได้มีกระบวนการคิด และวิเคราะห์ต่างๆ เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้น สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. ฝึกการหลับตา และจับอุปกรณ์ฝึกการทำงานของสมองส่วน Limbic system และ Frontal lobe
2. ฝึกการจำหมายเลขต่าง ๆ และการคิดเลขในใจ คำนวณโจทย์คณิตศาสตร์แบบง่ายฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal lobe, Parietal lobe และ Limbic system
3. ฝึกการจดจำภาพพร้อมเล่าเรื่องราว ฝึกการทำงานของสมองส่วน Occipital lobe และ Frontal lobe
4. ฝึกการได้ยินด้วยท่าทางแทนคำพูด ร่วมกับการให้การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน ฝึกการทำงานของสมองส่วน Temporal lobe และ Occipital lobe
5. ฝึกการถาม วัน เวลา สถานที่ ฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal lobe และ Temporal lobe
6. ฝึกการหลับตาแล้วให้ดมกลิ่นชิมของต่าง ๆ และการบอกชื่อสิ่งนั้น ๆ ฝึกการทำงานของสมองส่วน Temporal lobe, Occipital lobe และ Parietal lobe
7. ฝึกสมมุติเหตุการณ์แก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal lobe, Limbic system และ Amygdale
8. ฝึกการเขียนหนังสือด้วยมือที่ไม่ถนัด ฝึกการทำงานของสมองส่วน Frontal lobe และ Limbic system
9. การหลับตา ฝึกสมาธิ ฝึกการทำงานของสมองส่วน Limbic system และ Amygdale
10. ฝึกเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน เช่น การแปร่งฟันด้วยมือที่ไม่ถนัด

การประเมินภาวะสมองเสื่อม

ในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมอง แบบทดสอบMMSE ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Recall และ Language

มี คะแนน 0-30 คะแนน ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 5-10 นาที ศึกษาผลการทดสอบการใช้แบบทดสอบ MMSE พบว่าสามารถแยกคนไข้สองกลุ่มอาการได้ คือ Organic dementia และ Function psychiatric disorder ศึกษามาตรฐาน MMSE ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมกับภาวะ Delirium ได้ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 87 ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ ร้อยละ 82 มีจุดตัดที่คะแนน 23 จาก 30 คะแนน

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจะอาศัยลักษณะอาการทางคลินิก อาการเริ่มแรกที่เด่นชัด คือ การสูญเสียความจำใหม่ ๆ อาจลืมสิ่งของที่สำคัญและมีความผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ในกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดซึ่งได้แก่ การใช้ภาษา ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่างๆ หรือมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น ความบกพร่องที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจน เป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพ หรือการมีกิจกรรมทางสังคม (American Psychiatric Association, 2013) อย่างไรก็ตามจะต้องมีการตรวจหาสาเหตุด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากทราบสาเหตุจะสามารถรักษาได้โดยการแก้สาเหตุ สำหรับผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในเบื้องต้นควรประเมินดูว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมหรือไม่ โดยเลือกใช้แบบประเมินหรือแบบทดสอบความจำและการรู้คิดเปรียบเทียบกับกลุ่ม แบบทดสอบภาวะสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีการแปลและทดสอบความแม่นยำในหลายประเทศหลายภาษา มีความไวร้อยละ 80 และความจำเพาะร้อยละ 86 และใช้สำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตาม MMSE มีข้อจำกัดคือมี ceiling effect ในผู้ที่อายุค่อนข้างน้อย การศึกษาสูงหรือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยไม่ไวต่อการทดสอบ frontal/subcortical change ซึ่งพบในผู้ป่วย subcortical dementia เช่นสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นต้น และไม่สามารถแยกการรู้คิดบกพร่อง (Mild Cognitive Impairment) ออกจากภาวะสมองเสื่อมได้ และเป็นเครื่องมือที่ขึ้นกับระดับการศึกษาและภาษาอย่างมาก ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในการทำการทดสอบ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม แต่สำหรับผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษากรณีที่ทำการทดสอบได้น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม และในผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา กรณีนี้ ถ้าได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

การศึกษากาการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแบบทดสอบ สภาพสมอง 2 แบบ คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 และแบบทดสอบสภาพสมองไทย (TMSE) ในประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 272 คน คัดออกจากการศึกษาจำนวน 18 ราย เนื่องจากมี Depress Score มากกว่า 5 ข้อ

สรุปจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งสิ้น 254 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 82 ราย ผู้สูงอายุหญิงจำนวน 171 รายผลจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมอง 2 แบบ ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองพบผล Positive ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุดและพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย โดยแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ให้ผล Positive จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.4 ขณะที่ แบบทดสอบ TMSE ให้ผล Positive จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.9 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาภาคบังคับ คือ ป.4 เมื่อ 50 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 54.7 ผลจากการศึกษาเมื่อพิจารณาคะแนนรวมของแบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002: TMSE ในสถิติ Liner Regression มีค่า Pearson Correlation = 0.904 และพบว่าเครื่องมือ 2 แบบ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาของแบบทดสอบสภาพสมอง 2 แบบ Measure of Agreement มีค่า Kappa = 0.466 และผลจากการศึกษาของแบบทดสอบสภาพสมอง 2 แบบ ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000) นอกจากนี้การใช้แบบทดสอบสภาพสมอง 2 แบบ ยังขึ้นอยู่กับผู้ที่ใช้แบบทดสอบด้วยว่าจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบทดสอบและควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้การใช้แบบทดสอบถูกต้องตามหลักการ กรณีถ้าผู้ใช้แบบทดสอบขาดองค์ความรู้หรือเข้าใจไม่ชัดเจน อาจส่งผลกระทบต่อระดับคะแนนของผู้สูงอายุที่ทำแบบทดสอบได้

นอกจากแบบประเมินดังกล่าว เครื่องมือแบบประเมินพุทธิปัญญา หรือ MOCA ซึ่งแบบประเมินตัวนี้ถูกออกแบบเพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับผู้ที่มิภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก โดยสามารถประเมินหน้าที่ในด้านต่างๆ ความตั้งใจ, สมาธิ, การบริหารจัดการ (executive function), ความจำ, ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuoconstructional skills), ความคิดรวบยอด, การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) ใช้เวลาประเมินทั้งหมดประมาณ 10 นาที โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปกติ

การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

แนวคิดการจัดการดูแลตนเอง (Self - Management)

Self - Management หมายถึง รูปแบบการจัดการดูแลตนเอง ด้วยกระบวนการสร้างทักษะ การคิดแก้ไขปัญหา หรือวิธีการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ ความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สังคม หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาส่งเสริมสุขภาพและเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว โดยใช้ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ความสามารถในการกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (Barlow et al, 2002, Lorig and Holman, 2003) โดยแนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาใช้ ตั้งแต่ปีค.ศ. 1960

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจโดยมีการนำแนวคิดนี้มาใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบันเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงให้ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล (WHO, 2005) จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการดูแลตนเองมาใช้ พบว่าไม่เพียงแต่ภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่ผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจ และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดการตนเอง (Bahrer-Kohler, 2009)

1. มีความรู้ในสภาวะของตนเอง
2. มีการติดตามและวางแผนการรักษาพร้อมกับทีมสุขภาพ
3. มีการร่วมตัดสินใจกับทีมสุขภาพ
4. มีการควบคุมและจัดการกับอาการและอาการแสดงของโรค
5. มีการจัดการกับผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม
6. มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมสภาวะสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดการตนเองของ Creer (2000)ประกอบด้วย

1. เลือกเป้าหมาย (goal selection)
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection)
3. การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation)
4. การตัดสินใจ (decision making)
5. การลงมือปฏิบัติ (action) และ
6. การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction)

การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ

การนำแนวคิดการจัดการตนเองสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ และลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล และช่วยให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและผู้ดูแล ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยดังต่อไปนี้ (Ryan and Sawin, 2009)

มิติด้านบริบท (Context dimension)

ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

1. สภาวะที่เจาะจง (Condition specific factors) ได้แก่ สภาวะทางกายภาพ สภาวะทางสิ่งแวดล้อม ตัวบุคคลและครอบครัว การรักษาที่ซับซ้อน การดำเนินของโรค
2. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) ด้านร่างกายและสังคม ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลการส่งต่อการดูแลไปยังทีมสุขภาพ วัฒนธรรม และพื้นฐานทางสังคม
3. ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (individual/family factors) ความรู้ ความสามารถ การรับรู้ ความเชื่อ ทักษะ

มิติด้านกระบวนการ (Process dimension)

มิติด้านกระบวนการ สัมพันธ์กับแนวคิดการจัดการตนเอง โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีการกำกับตนเอง และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยเชื่อว่า ถ้าบุคคลได้รับข้อมูลและมีความเชื่อในการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ จะทำให้บุคคลสามารถกำกับ และปรับพฤติกรรมได้เหมาะสม

1. ความรู้และความเชื่อส่งผลต่อสมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy)
2. ความสามารถในการกำกับตนเอง (Self - regulation) เป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การสะท้อนความคิด การตัดสินใจ การวางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินตนเอง การจัดการด้านร่างกาย อารมณ์
3. สิ่งอำนวยความสะดวก (Social facilitator) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคคลและครอบครัว ทีมสุขภาพ

มิติด้านผลลัพธ์ (Outcome dimension)

1. ผลลัพธ์ระยะแรก (Proximal outcome) ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองต่อสภาวะที่เจาะจง ความเสี่ยง และการจัดการกับอาการและการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงค่าใช้จ่าย
 2. ผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcome) เป็นผลที่ต่อเนื่องมาจากระยะแรก ได้แก่ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- โดยทั้ง 3 มิติ มีความเชื่อมโยงกัน คือ โดยปัจจัยต่างๆ มีผลต่อความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการเข้าสู่กระบวนการต่างๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว

กิจกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยต่อไปนี้ (Ryan, P. & Sawin, K., 2009)

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงกลวิธีในการให้ความรู้ (Patient education: method of providing information)
2. การพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง และ กิจกรรมที่จะเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Development of SM skills and activities designed to enhance health behavior changes)

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลตนเองได้นำไปประกอบการออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณและการออกแบบโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

แรงสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1987) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งเฮ้าส์กล่าวว่า การที่บุคคลมีความสัมพันธ์กันอาจเป็นความสัมพันธ์แบบ

ไม่เป็นทางการ เช่นบุคคลในครอบครัว เครือญาติสามี-ภรรยา เพื่อนบ้านหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันในขณะที่ความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลกร เจ้าหน้าที่ เรียกว่า ความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ และจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดังกล่าว ก่อให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฮ้าส์ (House) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) 2) การการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับเครียดและปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม เมื่อสามารถจัดการและลดความเครียดลงได้ก็จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผสมผสานการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านโดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้กับครอบครัวในด้านต่าง ๆ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก การเอาใจใส่ ได้รับความไว้วางใจให้ความเคารพ เห็นคุณค่าโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างได้บอกเล่าถึงปัญหาความทุกข์สุขของตนเอง

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลการประเมินของบุคคลนั้น โดยผู้วิจัยร่วมกันอภิปรายถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม รวมทั้งประสบการณ์ที่ส่งผลต่อภาระการดูแล

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติตน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม แนวทางการปฏิบัติตน การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากดูแลผู้ป่วยประเภทนี้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านคน เงิน สิ่งของหรือแรงงาน ตามความต้องการที่จำเป็นของบุคคล

ภาระการดูแล

George and Dwyther (1986) ให้ความหมายว่า เป็นความยากลำบากหรือเป็นสิ่งรบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคล้ายกับความหมายของ Platt (1985) ได้ให้ไว้ว่า เป็นปัญหาความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ภาระยังเป็นการรับรู้

ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่เกิดจากการ ดูแลผู้ป่วย (Poulshock & Demling, 1984) ภาระการดูแลนั้น เกิดขึ้นจากความต้องการเวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, and Lovett (1993) ที่กล่าวถึง ภาระว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาระประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลและมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมากจะมีภาระในการดูแลน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลทันทีและพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม (Pai & Kapur, 1981) ซึ่งการศึกษา ภาระของครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทกล่าวถึงภาระว่านอกจากจะเป็นปัญหาแล้วยังเป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวซึ่งเกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่พบว่าชัดเจนที่สุด คือ การรบกวนเวลาส่วนตัวการรบกวนด้านเศรษฐกิจรายได้หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้รู้สึกทุกข์ใจวิตกกังวล อารมณ์เสียหรือขุ่นเคืองและรู้สึกถูกพึ่งพาการที่ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาความยากลำบากหรือสิ่งรบกวนต่อตนเองที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย นั้นหมายถึงภาระในการดูแลได้เกิดขึ้น Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลังและความรู้สึกเหมือนติดกับการดูแล

2. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีความพิการต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดยทูลศิริ (Toonsiri et al., 2011) ซึ่งเป็นแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งด้านความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงภายใน ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างสามารถวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ชัดเจนในวิถีการดำเนินชีวิตของประเทศไทย ทำให้คณะผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างตรงประเด็น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

และประสิทธิผลต่อไปจากการทบทวนเกี่ยวกับความหมายภาวะในการดูแลที่กล่าวมาข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยากหรือเป็นสิ่งที่รบกวนตนเองในการดำเนินชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีผลต่อภาวะการดูแลแล้วยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และครอบครัวล้วนแต่มีผลต่อภาวะการดูแลทั้งสิ้นจากงานวิจัยพบว่าดูแลมีประสบการณ์เกิดจากภาวะพึ่งพาในระยะยาวของ ผู้สูงอายุ ใน 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke, มีภาวะสมองเสื่อม, มีโรคเรื้อรังร่วมและมีอายุที่มากกว่า 80 ปี ซึ่งในสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิงไร้อำนาจต่อรองส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการ การดูแลเช่นกันจากปัญหาโรคประจำตัวเช่นโรคเรื้อรัง มีรับภาระดูแลครอบครัวยังต้องยังประกอบอาชีพนอกบ้านอยู่ (ศิริภาณี ศรีหาภาคและคณะ, 2014) นอกจากนี้ พบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุนานในสังคมไทยเป็นการดูแลภายในครอบครัว ด้วยความกตัญญู

ด้านภาวะการดูแลพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่นๆ ก่อให้เกิดภาวะและผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัวมากที่สุดซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและรายได้ลดลงจนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้าและอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวอีกทั้งพบว่าเกิดผลกระทบต่อด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อม ขาดการสนับสนุนในชุมชน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมในส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำโดยจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ได้มีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น มีคุณค่าในตัวเอง ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความรักใคร่ผูกพันนั้นอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่มีวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำในทุกด้าน โดยต่ำที่สุดในด้านสุขภาพจิตใจแต่มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุดในด้านสุขภาพกาย (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2558) เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิงเป็นบุตรและคู่สามีภรรยาอายุเฉลี่ย 42 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพมีปัญหาโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนาและนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2560) และในประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สามารถจัดการหรือให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดีสามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบไปด้วยการเข้าใจและการยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกรวมทั้งยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล, การเรียนรู้การดูแลโดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้ การลองผิดลองถูก, การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมจากการสั่งสมประสบการณ์, และการจัดการกับความเครียดโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการนอนของผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลคือผู้ป่วยที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมทำซ้ำๆ ที่แปลกๆ และการมีภาวะโรคร่วมทางกายของผู้ดูแล การค้นหาและให้การดูแล (วรุฒิ รมัไพร, 2559) ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลในผู้ดูแล (สาธิตา แรกคำนวน, 2554) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุผู้ดูแลที่มากกว่า 40 ปี การไม่ได้ประกอบอาชีพและการไม่มีรายได้

นอกจากนี้ปัจจัยของผู้ป่วยประกอบไปด้วยผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การมีพฤติกรรมผิดปกติการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว การมีอาการแปรปรวน และ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้น การศึกษาในสมาชิกครอบครัวที่มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก มุ่งเน้นที่ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด การปรับตัว เป็นต้น ประกอบกับงานวิจัยที่ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่อยู่หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงยังมีอยู่น้อยมาก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลให้ครอบครัวมีการจัดการที่เหมาะสมต่อไปสอดคล้อง ดลฤทัย บุญชู และคณะ (2558) พบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวแต่การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับของผู้ดูแลเองแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแลผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล โดยการลดภาระในการดูแลและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ทั้งที่เป็นคนในครอบครัวหรือเป็นบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบที่ไม่เป็นทางการ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญมีกำลังใจและมีพลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเป็นปึกติสุข หรือกระทำการใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ สิ่งของ การสนับสนุนข้อมูล

ข่าวสารและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เรียกว่าการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อดีสุขภาพกายและสุขภาพจิต (นริศรา พึ่งโพธิ์สม และฐาศุภกร์จันประเสริฐ, 2557)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมได้มีการศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้จำนวนมาก คอบบ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมคานัน (จุฬารณย์ โสตะ, 2554) มีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิกริยาแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลในด้านที่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับและรับรู้ถึงพฤติกรรม การแสดงออกซึ่งกันและกัน คานันได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมประกอบอย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าจากองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ความรัก (affect) คือ ความรัก การยอมรับ พอใจ นบถือและยกย่อง
2. การเห็นพ้อง (affirmation) หมายถึง การเห็นพ้อง เห็นด้วยและยอมรับความคิดเห็นในส่วนที่เป็นความถูกต้องและเหมาะสมของพฤติกรรมนั้น
3. การช่วยเหลือ (aid) หมายถึง การให้บริการโดยตรงหรือการให้ความช่วยเหลือด้วยวัตถุประสงค์ของ จากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมของบุคคลนั้น เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆเฮาส์ (House, 1988) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการประเมินตนเองและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เชเฟอร์ คอยน์และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการบุคคลให้การช่วยเหลือกัน จากการที่มีปฏิสัมพันธ์กันในด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของ รวมทั้งการบริการเฮลเลอร์และเซนเดิล (จุฬารณย์ โสตะ, 2554) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม และบุคคลในช่วงเวลาซึ่งแต่ละบุคคลมีบทบาทในการที่จะเลือก และดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์และการสนับสนุน จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทั้งด้านอารมณ์ การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความห่วงใยช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Source of social support) หมายถึง ที่มาของการสนับสนุนด้านต่างๆซึ่งมีทั้งที่เป็นบุคคล กลุ่มบุคคลหรือองค์กร ได้มีการกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ แคมป์แลน และคณะ (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัว มีความเกี่ยวพันเป็นญาติสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย และลูกหลาน และประเภทของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม ซึ่งมีใช้กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ การประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการสุขภาพส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

เฮาส์ (House, 1988) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แบบ คือ

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal source) ซึ่งได้แก่ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว คู่สมรส ญาติเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกัน

2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (formal source) ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ หรือวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ของรัฐโดยที่เฮาส์ได้กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการนี้ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด และส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจได้เป็นอย่างดี หากแหล่งสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการนี้ยังคงให้การสนับสนุนบุคคลเป็นอย่างดี ส่งผลให้บุคคลมีต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนชนิดที่เป็นทางการน้อยลง มากสตีวาร์ท (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติคู่สมรส

2. กลุ่มคนในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางวิชาชีพอาสาสมัคร หรือชมรมต่างๆ ที่มีการจัดตั้งขึ้นในสังคม เพื่อให้การช่วยเหลือบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น

จึงสรุปได้ว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม มีการแบ่งออกเป็นประเภทตามมุมมองของนักวิชาการแต่ละคน โดยที่เฮาส์ แบ่งออกเป็นชนิดเป็นทางการและไม่เป็นทางการสตีวาร์ท แบ่งออกเป็นกลุ่มครอบครัว และกลุ่มคนในชุมชน ส่วนแคปแลน แบ่งออกเป็น กลุ่มที่มีความผูกพัน กลุ่มที่ให้การสนับสนุนแต่ไม่ใช่วิชาชีพ และกลุ่มวิชาชีพ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (Type of social support) คือ การสนับสนุนประเภทต่างๆ ได้มีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผูกพันลึกซึ้งซึ่งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. การสนับสนุนด้านการแสดงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นการแสดงออกเพื่อบอกให้ทราบว่าบุคคลว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกันแคบแลน (อินทุกานต์ กุลไวย, 2552) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (tangible support) เป็นการสนับสนุนซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงินหรือการช่วยเหลือด้านร่างกาย (financial or physical)

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักความอบอุ่นทางอารมณ์ ซึ่งคานน์ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ด้านบวกของบุคคล โดยแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองในพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงความเห็นด้วย และยอมรับการกระทำและความคิดของบุคคลว่าถูกต้องเหมาะสม

3. การให้การช่วยเหลือ (aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือนั้นอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา

เฮาส์ (House, 1988) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่องให้คุณค่า เป็นการทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ดูแลความรู้สึกเห็นอกเห็นใจให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถามความรู้สึกและรับฟัง

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การทำให้ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินความสามารถตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคมหรือเป็นการนำข้อมูลมาประเมินตนเอง เช่น ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของตนเองอันเป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อชี้แจง การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้สามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้ของบุคคลนั้นได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ (instrumental support) หมายถึง การให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ โดยตรงต่อบุคคล เช่น วัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงานเวลารวมถึงการ

ให้บริการ เซเฟอร์ คอยน์ลาซาร์ส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ประเภทคือ

1. ด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความอบอุ่น เชื้อมนั้น และความไว้วางใจ
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล รวมถึงคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. ด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของมีเงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการจึงกล่าวโดยสรุปได้ว่ามีการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็นชนิดต่างๆ ตามมุมมองของนักวิชาการแต่ละคน แต่เมื่อพิจารณาถึงความหมายของประเภทการสนับสนุนทางสังคมชนิดต่างๆ นั้น พบว่า มีความใกล้เคียงกัน คือเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งเป็นการสนับสนุนแบบนามธรรม ในขณะที่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง เป็นการสนับสนุนแบบรูปธรรม และสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1988) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ

กลไกของการสนับสนุนทางสังคมโทอิส (Thoits, 2011) ได้กล่าวว่า มากกว่า 30 ปีมาแล้ว ที่มีการสืบค้น การวิจัยซ้ำ ๆ หลายครั้งถึงผลดีของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นเหมือนกันชน (buffer) สำหรับความเครียดและภาวะวิกฤตในชีวิตซึ่งโทอิส ได้อธิบายถึงกลไกด้านบวกของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. อิทธิพลของสังคมและการเปรียบเทียบ (social influence/social comparison) กลไกของการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากกฎ วัฒนธรรม (norm) ของคนในสังคมที่ตัดสินว่าดีเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในด้านที่สังคมประเมินว่าถูกต้องเหมาะสม เป็นการอ้างอิงไปสู่กลุ่มใหญ่ (reference group member)

2. ในสังคมจะมีการควบคุม (social control) ซึ่งเกิดขึ้นเองในกลุ่มสมาชิกเครือข่ายของสังคม กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจะมีการห้ามปราม การเฝ้าระวังในเรื่องที่เป็นความเสี่ยงหรืออันตรายต่อสุขภาพ และมีการแนะนำ ส่งเสริม ชักชวน เพื่อนในกลุ่มเครือข่ายให้ยึดถือในการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

3. มีการชี้แนะพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย (behavioral guidance, purpose, and meaning) รวมทั้งการสนับสนุนและควบคุมซึ่งกันและกัน ตามบทบาทและความสัมพันธ์ เช่น สามี-ภรรยา หมอ-คนไข้เพื่อน-เพื่อน จะส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพกายและจิต (House, 1987; Thoits, 2011)

4. การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem/self worth) ซึ่งความรู้สึกนี้ช่วยทำให้บุคคล ลดความซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต

5. ความรู้สึกเป็นเจ้าของและทุกคนในชุมชนมีมิตรภาพต่อกัน (belonging and companionship) ส่งผลให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ความรู้สึกว่าตนเองมีมิตรภาพ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น ช่วยลดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว ลดช่องว่างระหว่างกลุ่มคนในสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องไปถึงความซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนความเจ็บป่วยต่างๆ จึงกล่าวได้ว่า ความรู้สึกเป็นเจ้าของและทุกคนในชุมชนมีมิตรภาพต่อกันนั้นมีผลต่อสุขภาพกายและจิต (Thoits, 2011)

6. การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ตนเองได้รับ (perceived social support) ซึ่งจะส่งผลดีต่ออารมณ์และจิตใจ ถึงแม้ว่าจะมีการสนับสนุนเกิดขึ้นจริงแต่บุคคลไม่รับรู้ถึงการสนับสนุนนั้นก็จะไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพกายและใจแต่อย่างใด

ที่ผ่านมาจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างหลากหลาย อาทิ พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pre-posttest control group design) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลแสงพัน อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยวัดตัวแปรตามคือ สุขภาพจิต ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) ซึ่งพัฒนาโดย ประภาส อุครานันท์ และคณะ (2557) ซึ่งผ่านการศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราคได้เท่ากับ .90 และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1988) ซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม 2559 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2559 ร่วมกับการดูแลตามปกติ ทำกิจกรรมทุกสัปดาห์รวมทั้ง 8 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการทดลอง พบว่า 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยรวมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=7.65$) โดยพบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตรายด้านเพิ่มสูงขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ด้านคุณภาพของจิตใจ และด้านปัจจัยสนับสนุน และ 2) ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม

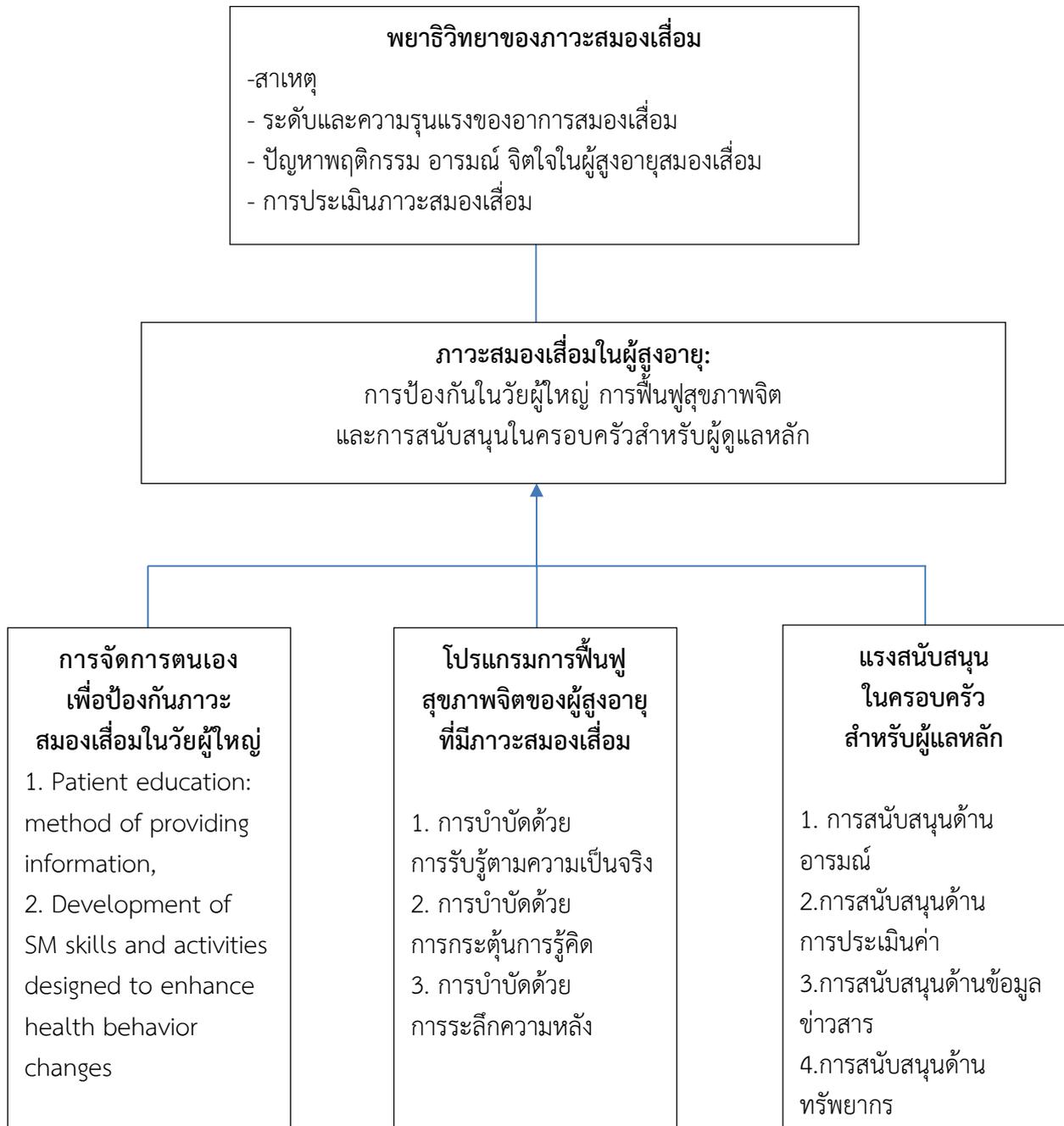
การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=6.54$) โดยพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองทุกรายด้าน สูงกว่า กลุ่มควบคุม ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ด้านคุณภาพของจิตใจ และด้านปัจจัยสนับสนุน นอกจากนี้มีปัจจัยบางประการที่เกิดขึ้น ไม่สามารถควบคุมได้ คือ กิจกรรมวันแม่จึงทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.03$)

จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ เสาวนีย์ วรรณะอ้อ, พรทิพย์ มาลาธรรม และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2555) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจจากคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวกจังหวัดราชบุรีระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางคลินิกและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ามี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว 2) การดูแลตนเอง และ 3) การแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกัน ในประเด็นหลักที่ 1 แรงสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนแบบแผนของแรงสนับสนุนจากครอบครัว และผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัว ประเด็นหลักที่ 2 การดูแลตนเองประกอบด้วยผู้สูงอายุปรับวิถีคิดในการยอมรับความเจ็บป่วย แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประเด็นหลักที่ 3 การแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกันโดยแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการดูแลตนเองมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตรในการควบคุมโรคเบาหวาน และ นภรรสสร กุรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียว วัด 2 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของความไม่มั่นคง และผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการลดความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มารับบริการ ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันตก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินความไม่มั่นคง และโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ลักษณะความไม่มั่นคงของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระวนกระวายใจกับผลการรักษามากที่สุดร้อยละ 64.71 ($\bar{x} = 1.44$, S.D.=0.660) รองลงมาคือ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ร้อยละ 61.76 ($\bar{x} = 1.50$, S.D.=0.749) และรู้สึกว่าเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ต้องบอกให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจรับทราบคิดเป็นร้อยละ 61.76 ($\bar{x}=3.29$,

S.D.=1.031) สิ่ง que ผู้ป่วยรู้สึกน้อยที่สุดคือ ไม่ต้องการพูดถึงการเจ็บป่วยครั้งนี้ร้อยละ 5.88 (\bar{x} =3.32, S.D.=0.912)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดสำคัญในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย พยาธิวิทยาของภาวะสมองเสื่อมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตเพื่อการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่และ แรงสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าทั้งสามแนวคิดนี้จะส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบแสดงดังภาพที่ 2. 2



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การป้องกันในวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสุขภาพจิตและการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ 2) เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระเบียบวิธีวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

การศึกษาผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาของโปรแกรม 8 สัปดาห์ วัดผลก่อนทดลองในสัปดาห์แรก และวัดผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และในระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 8 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้มีอายุระหว่าง 45-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิงในตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 45 - 60 ปี ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมในตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑลจังหวัดนครปฐมโดยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 คนและกลุ่มควบคุม 21 คนโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและวิธีการได้มาซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษา ดังนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการใช้อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยโปรแกรม G*Power 3.0.10 ในการคำนวณ โดยประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียว (one-tailed test) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น two sample independent group test กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ ใช้ขนาดอิทธิพล 0.80 โดยกำหนดค่าให้ระดับความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 ระดับอำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน กลุ่มละ 21 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มากพอที่จะบอกความแตกต่างที่มีความหมายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

1. จับสลากพื้นที่ศึกษาของ ตำบลในชุมชนมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
2. จับสลาก สุ่มหมู่บ้านในตำบลมหาสวัสดิ์ ด้วยวิธีการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างจากบ้านคลองมหาสวัสดิ์และครั้งที่ 2 ได้กลุ่มตัวอย่างจากบ้านคลองโยง
3. จับสลากกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดให้จับสลากครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างบ้านคลองมหาสวัสดิ์ และจับฉลากครั้งที่ 2 บ้านคลองโยง เป็นกลุ่มควบคุม
4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) เข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดในเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าโครงการ (Inclusive criteria)

- (1) มีอายุ 45-60 ปีทั้งเพศชาย และเพศหญิง
- (2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) และแปลผลตามระดับการศึกษาคือ กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนเท่ากับหรือสูงกว่า 17 กลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนเท่ากับหรือสูงกว่า 22
- (3) สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusive criteria)

- (1) เป็นผู้ที่มีประวัติ หรือ แสดงอาการของโรคหลอดเลือดทางสมอง
- (2) มีภาวะซึมเศร้า ประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q พบว่า Positive
- (3) มีภาวะหลงลืมเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) จากการประเมินด้วยแบบทดสอบ MOCA และมีคะแนน 26 คะแนนลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5

- (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- (2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม ถูก ผิด
- (3) แบบสอบถามทัศนคติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมจำนวน 15 ข้อ
- (4) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 20 ข้อ

(5) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านต่างๆ ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ(Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ

(Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ลักษณะของแบบทดสอบมีจำนวน 11 ข้อ

การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน)

2. ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน)

3. ผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน)

(6) แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) นั้นถูกออกแบบเพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็ว สำหรับภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก โดยสามารถประเมินหน้าที่ด้านต่าง ๆ ดังนี้ ความตั้งใจ, สมาธิ, การบริหารจัดการ (executive function), ความจำ, ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuoconstructional skills), ความคิดรวบยอด, การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) ใช้เวลาประเมินทั้งหมดประมาณ 10 นาที โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปกติ

ส่วนที่ 2 โปรแกรมที่ใช้ ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Health Education การให้ความรู้ที่เป็นความจริงเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาหาร แนวทางการป้องกัน

กิจกรรมที่ 2 Cognitive training การพัฒนาสมองด้วยการเสริมความคิดเพิ่มความจำ ออกแบบเป็นลักษณะการออกกำลังกายบริหารสมอง ด้วยการบริหารสมองและท่าบริหารสมอง ในรูปแบบ การบริหารปุ่มสมอง ปุ่มขมับ ปุ่มใบหู ด้านปุ่มสมองการเคลื่อนไหวสลับข้าง (cross crawl) การกระตุ้นความจำ ด้วยท่าที่จับ และเกมส์เขาวงกต และเกมส์จำภาพ

กิจกรรมที่ 3 Physical activity ออกแบบการออกกำลังกายด้วย Tri Chi

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมกลุ่มเสริมความคิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity)

โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยท่านแรก มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต อีก 2 ท่าน มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยการ

หาค่า IOC ได้ โดยถือเกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถามที่ใช้ได้ คือ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 ซึ่งทุกข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์คอนบรัคอัลฟา (Conbrach's Alpha Coefficient) มีค่า ≥ 0.75 โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นพื้นที่เดียวกับพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงตรงของทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ด้วยค่า Conbrach's Alpha Coefficient = 0.80

3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความปลอดภัยและความเป็นไปได้ในการใช้งานของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. จัดสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ผู้แทนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข วัยผู้ใหญ่ (อายุ 45-60 ปี) ในชุมชนมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เพื่อชี้แจงความเป็นมาของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีการวิจัยในภาพรวมของโครงการ

2. ดำเนินการวิจัยเชิงโดยการคัดกรองแยกผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และภาวะปกติ ของวัยผู้ใหญ่ ในชุมชนมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

3. จัดประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

4. ดำเนินการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

5. ติดตามการประเมินผลหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

6. สรุปผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

7.1 พบกลุ่มควบคุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

7.2 ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อน (Pre-test) หลังการทดลอง (Post-Test) และในระยะติดตาม พร้อมกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

7.3 ดำเนินการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561 จนถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามโดยให้ทำก่อน และหลังการทดลอง และระยะติดตาม เมื่อดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

2. ดำเนินการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่

กิจกรรม	กระบวนการดำเนินการ	ระยะเวลาและการประเมินผล
ประเมินก่อนดำเนินการ	ทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนเริ่มโปรแกรม	สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 40 นาที
Health Education วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ “สมองเสื่อมคืออะไร” - ส่งเสริมให้ตระหนักถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม - การเฝ้าระวังสังเกตอาการเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม - การดูแลตนเองให้ห่างไกลภาวะสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหาร การรับมือกับความเครียด เป็นต้น 	-สัปดาห์ที่ 2 -ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 30 นาที <u>การประเมินผล</u> -การสอบถามความรู้ที่สอน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบได้
Cognitive training วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกทักษะด้านความจำ ความคิด การตัดสินใจ	กิจกรรมที่เน้นกระตุ้นความคิดด้วยเกมส์ต่างๆ -ฝึกทักษะด้วยเกมส์บริหารสมองเกมส์เขาวงกต เป็นการฝึกสมองซีกขวา เพื่อฝึกทักษะการใช้ความคิดและการตัดสินใจ เกมส์จำภาพ เป็นการฝึกสมองในด้านทักษะการจำ - มีการติดตามโดยการให้บันทึกในสมุด “การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม”	-สัปดาห์ที่ 2 -ระยะเวลาของกิจกรรม 30 นาที <u>การประเมินผล</u> -สามารถฝึกทักษะด้วยเกมส์ต่างๆได้
Cognitive training วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกทักษะ การได้ยิน และระบบประสาทสั่งการ	กิจกรรมที่เน้นกระตุ้นความคิด การออกกำลังกายบริหารสมอง -ให้ความรู้และสาธิตการบริหารสมองด้วยท่าทางของร่างกาย เพื่อฝึกทักษะการได้ยิน และระบบประสาทสั่งการเช่น ท่าจิบแอล การเคลื่อนไหวสลับข้าง (Cross crawl) ไข้ผ้าไหม -ภายหลังการเข้ากิจกรรมให้	-สัปดาห์ที่ 3 -ระยะเวลาของกิจกรรม 30 นาที <u>การประเมินผล</u> -ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสาธิตย้อนกลับท่าบริหารต่างๆ

กิจกรรม	กระบวนการดำเนินการ	ระยะเวลาและการประเมินผล
	<p>กลับไปฝึกที่บ้านทุกวัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามโดยการให้บันทึกในสมุด “การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม” 	
<p>Physical activity</p> <p>วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกการออกกำลังกายและนำไปใช้</p>	<p>เป็นการออกกำลังกายแบบ aerobic exercises ได้แก่ Tri Chi</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้และสาธิตการออกกำลังกายด้วย Tri Chi - การฝึกการออกกำลังกายด้วยการสาธิตย้อนกลับ - ภายหลังการเข้ากิจกรรมให้กลับไปฝึกที่บ้านทุกวัน - มีการติดตามโดยการให้บันทึกในสมุด “การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม” 	<p>- สัปดาห์ที่ 3</p> <p>- ระยะเวลาของกิจกรรม 30 นาที</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสาธิตย้อนกลับ
<p>ประเมินหลังดำเนินกิจกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนเริ่มโปรแกรม - ภายหลังการเข้ากิจกรรมให้กลับไปฝึกที่บ้านทุกวัน - มีการติดตามโดยการให้บันทึกในสมุด “การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม” 	<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>ระยะเวลาของกิจกรรม 40 นาที</p>
<p>กิจกรรมกลุ่มเสริมความคิด</p> <p>วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเรียนรู้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินผล - กิจกรรมรำลึกความทรงจำ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน - ภายหลังการเข้ากิจกรรมมีการติดตามทดสอบระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 	<p>สัปดาห์ที่ 8</p> <p>ระยะเวลาของกิจกรรม 1 ชั่วโมง</p>

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Non-parametric ได้แก่

Mann-Withey U – Test เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่ามัธยฐาน ก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Wilcoxon signed rank Test เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่ามัธยฐาน ก่อนและ หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

Friedman Test เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่ามัธยฐาน ก่อน หลังการทดลอง และ การติดตามผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พิจารณา ใบบรรองจริยธรรมการวิจัยรหัส SDU-RDI 2018-015 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัยจะเป็นความลับ และจะ ถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

รูปแบบการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัยเป็นกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการกิจกรรม 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตไปตามปกติ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงความสมัครใจและความต้องการ ของกลุ่มควบคุมเป็นสำคัญ ประเมินผลโดยวัดซ้ำ (repeated measures design : Two group) 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง ทันทีเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และ 1 เดือนหลังการทดลองเสร็จสิ้นโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน ชุมชนคลองมหาสวัสดิ์ อ.พุทธมณฑล จ. นครปฐมที่เข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มีอายุ 60ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐมทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนน14-16กลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนน17-21

2. ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือไม่มีปัญหาเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้

3. ไม่มีความบกพร่องทางด้าน การได้ยิน และการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสำรวจผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน MMSE จากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 9 คนตามเกณฑ์การคัดเลือกสมาชิกที่จะเข้ากลุ่มบำบัดจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมคือ 8-12 คน เพราะถ้าจำนวนสมาชิกมากเกินไปจะทำให้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นน้อยลง หรืออภิปรายปัญหาได้ไม่ทั่วถึง แต่ถ้าสมาชิกมีน้อยเกินไปทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกอึดอัด กตสันที่ต้องแสดงความคิดเห็นบ่อยๆ จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้านอายุ มีความแตกต่างกันไม่เกิน 2 ปี เพศเดียวกันมีคะแนน MMSE แตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ/การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) กลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนน14-16กลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนน17-21

2. ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช หรือไม่มีปัญหาเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้

3. ไม่มีความบกพร่องทางด้าน การได้ยิน และการสื่อสาร

4. สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้

5. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ/การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีประวัติ หรือ แสดงอาการของโรคทางจิตเวช

2. มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับอาการทางระบบประสาท

3. เข้าร่วมโครงการไม่ครบทั้ง 16 ครั้ง

4. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ/การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Discontinuation Criteria)

1. ผู้ร่วมวิจัยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการเข้าร่วมโครงการ

2. ผู้ร่วมวิจัยมีความประสงค์จะออกจากโครงการวิจัย

3. เมื่อทำการวิเคราะห์ระหว่างดำเนินการ (Interim analysis) ในแง่ของความเสี่ยงของทั้งโครงการแล้วพบว่ากิจกรรมในโปรแกรมบำบัดทางสุขภาพจิตทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำราและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบำบัดภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบทดสอบไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน เพื่อดูความสมบูรณ์ของเครื่องมือด้านการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักส่วนสูง โรคประจำตัว ความสามารถในการอ่านเขียน อาศัยอยู่กับใคร ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้จ่ายเป็นประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม สิ่งที่ชอบการจัดการกับความเครียด จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านต่างๆ ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดและได้แปลเป็นหลายภาษา ลักษณะของแบบทดสอบมีจำนวน 11 ข้อ ซึ่งเป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในส่วนต่างๆ โดยประเมินจาก

1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (Orientation for Time) ใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน
2. การรับรู้สถานที่ (Orientation for Place) ใช้คำถาม 5 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน
3. การบันทึกความจำ (Registration) โดยให้ผู้สูงอายุจำชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ถ้าตอบถูก 1 อย่างให้ 1 คะแนน ในกรณีมีการทำการทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้เปลี่ยนคำใหม่
4. การทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/Calculation) โดยให้ผู้สูงอายุลบเลขในใจจาก 100-7 ซ้ำไปเรื่อยๆ 5 ครั้ง ครั้งที่ลบถูกต้อง 1 คะแนน (ไม่ต้องทำการประเมินในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)
5. การทดสอบความจำระยะสั้น (Recall) โดยให้ผู้สูงอายุบอกชื่อสิ่งของที่ได้บอกไว้แล้วจากข้อ 3 ตอบถูก 1 อย่าง ให้ 1 คะแนน
6. การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) โดยให้ผู้สูงอายุดูสิ่งของ 2 อย่าง หากบอกได้ถูกต้องว่าสิ่งของนั้นคืออะไร ให้ 1 คะแนน

7. การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (Repetition) โดยให้ผู้สูงอายุฟังประโยค 1 ประโยคแล้วให้พูดทวนทวนประโยคที่ได้ยิน หากพูดทวนทวนได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

8. การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (Verbal Command) โดยให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน หากทำได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน

9. การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน (Written Command) โดยให้ผู้สูงอายุอ่านและทำตามคำที่กำหนด หากอ่านและทำได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ)

10. การทดสอบการเขียน (Writing) โดยให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมาย 1 ประโยค ซึ่งประโยคต้องประกอบด้วยประธาน กริยา กรรม อ่านและเข้าใจ มีความหมาย หากเขียนได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน (ไม่ต้องทดสอบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ) และ

11. การทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visioconstruction) โดยให้ผู้สูงอายุวาดรูปห้าเหลี่ยมตามตัวอย่างที่กำหนด หากวาดได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องตอบข้อที่ 4, 9 และ 10) คะแนนรวมต่ำหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน)

2. ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำหมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน)

3. ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำหมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองมาก คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองน้อย (เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน)

ประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งแรกเพื่อคัดกรอง ครั้งที่สองประเมินทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง ครั้งที่ 3 ประเมินหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว 1 เดือน

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบกิจกรรมจากการศึกษาดำรงและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง เป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเป็นจริง เช่น วนเวลาสถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเองและสิ่งแวดล้อม เน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ใหม่อีกครั้ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดเป็นการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง การระลึกถึงความหลัง มีทั้งหมด 16 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่มบำบัด “อยู่กับภาวะสมองเสื่อมให้เข้าใจ” เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยและสาเหตุ อาการและอาการแสดง การป้องกัน และการรักษา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมกลุ่มบำบัด “ออกกำลังกาย บริหารสมอง” เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม การออกกำลังกายบริหารสมอง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมกลุ่มบำบัด “การจัดการกับความเครียด” เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด การทำสมาธิ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับร่างกาย กิจกรรมหายใจ กิจกรรมต่อชิ้นส่วนภาพ

ครั้งที่ 5 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้เสียง กิจกรรมหายใจเสียงที่ได้ยิน

ครั้งที่ 6 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา กิจกรรมเล่าความทรงจำที่ประทับใจในอดีต

ครั้งที่ 7 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา กิจกรรมเรียงลำดับเหตุการณ์

ครั้งที่ 8 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้รสชาติอาหารและการทำอาหาร

ครั้งที่ 9 กิจกรรมกลุ่มบำบัดหนังสือพิมพ์

ครั้งที่ 10 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ผิวสัมผัส กิจกรรมทายสิ่งของ “อะไรเอ่ย”

ครั้งที่ 11 กิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่องจากสิ่งของ

ครั้งที่ 12 กิจกรรมดนตรีบำบัด

ครั้งที่ 13 กิจกรรมกลุ่มบำบัดความจำจากทีวี (ภาพยนตร์)

ครั้งที่ 14 กิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่องเล่าจากภาพสถานที่

ครั้งที่ 15 กิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่องเล่าจากเหตุการณ์

ครั้งที่ 16 กิจกรรมทบทวนกิจกรรมกลุ่มบำบัดในแต่ละครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าการรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Therapy) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดการรักษแบบไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรักษาที่พบว่าสามารถส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROT)และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy หรือ CST) (McDougall, G.j. (2002) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริง เช่นวัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมา ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิการรับรู้สัมผัส และการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดได้นำบางส่วนของ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้เป็นการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มโดยใช้แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับความเป็นจริง และการกระตุ้นการรู้คิดอันมุ่งเน้นไปที่ความพยายามทำให้เกิดการรู้คิด เป็นการส่งเสริมให้ใช้การประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ได้แก่ การใช้เงิน การคิดคำนวณ มิติสัมพันธ์เกมส์คำศัพท์และการกระตุ้นความทรง

จำในอดีต (Elipoulos, C. : 2013) และ Neurobics (นิวโรบิกส์) คือระบบอย่างหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการบริหารสมองโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าร่วมกับอารมณ์ความรู้สึกในการทำกิจวัตรประจำวันรูปแบบใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้มีสุขภาพดี จากการศึกษาของซาเน็ตตี้และคณะ (Zanetti, et.al. 2002) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ROT ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีการเสื่อมของการรู้คิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางคือมีคะแนน MMSE 14-25 คะแนน จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มเล็กๆกลุ่มละ 4 ราย ใช้เวลาทำกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลาานาน 1 เดือน พบว่าโปรแกรม ROT ทำให้การทำหน้าที่ทางด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วน Spector, 2003 ; Knapp, 2006) วิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม CST ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลา 7-8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม CST มีคะแนนการรู้คิดที่วัดโดย MMSE และ ADAS-Cog และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากที่กล่าวมาพบว่าวิธีการดังกล่าวสามารถบำบัดฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้วิจัยจึงรวมแนวคิดทั้ง 3 แนวคิดมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จำนวน 16 กิจกรรม แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เข้า-ป่วย เป็นเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไปได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรม เท่ากับ 0.86
2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตไปให้แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมตรวจสอบความปลอดภัยและความเป็นไปได้ในการใช้งานของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้ผลการตรวจสอบสามารถนำไปใช้ได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม
3. ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 10คน จำนวน 1 ครั้ง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เพื่อทดสอบโปรแกรมผลการทดสอบกิจกรรมกลุ่มบำบัดสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสมในเวลา 1 ชั่วโมง และผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้ตามเวลาที่กำหนด จากการสัมภาษณ์และสะท้อนคิดพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากได้รับความรู้และแนวทางการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยให้ตนเองมีศักยภาพมากขึ้นและมีความสุข สนุก และอยากเข้าร่วมกิจกรรมต่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงการวิจัย และเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ขออนุญาตขอความอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลการวิจัย ประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พร้อมแบบสอบถามติดต่อกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมคู่มือ สถานที่ดำเนินงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในตำบลมหาสวัสดิ์ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

2. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยด้วยโปสเตอร์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นติดไว้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์

3. ทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสภาพเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

5. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสำรวจที่ได้มาเพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดทางสุขภาพจิต

6. ติดต่oprสานงานกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแล้ว ประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง และให้ผู้สมัครเข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเด็กอายุ 18 ปีขึ้นไป และบุคคลทั่วไป

7. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมบำบัดทางสุขภาพจิต เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยจะตรวจวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุก่อนดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง จำนวนทั้งหมด 16 ครั้ง ดังนี้ จัดกิจกรรมกลุ่มวันละ 2 ครั้งเช้า-บ่าย สัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันพฤหัสบดีและอาทิตย์ กลุ่มบำบัดมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการและขั้นสรุป ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3.2 โปรแกรมบำบัดทางสุขภาพจิต

สัปดาห์ ที่	วัน เดือน ปี	ครั้งที่	เวลา	กิจกรรม
1	พฤหัสบดี	1	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่มบำบัด “อยู่กับภาวะ สมองเสื่อมให้เข้าใจ” เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะ สมองเสื่อม ปัจจัยและสาเหตุ อาการและ อาการแสดง การป้องกัน และการรักษา
		2	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 2 กิจกรรมกลุ่มบำบัด “ออกกำลังกาย บริหารสมอง” เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการออก กำลังกายที่เหมาะสม การออกกำลังกาย บริหารสมอง
	อาทิตย์	3	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 3 กิจกรรมกลุ่มบำบัด “การจัดการกับ ความเครียด” เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการจัดการ ความเครียด การทำสมาธิ
		4	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 4 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับ ร่างกาย กิจกรรมหายใจ กิจกรรมต่อชิ้นส่วน ภาพ
2	พฤหัสบดี	5	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 5 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้เสียง กิจกรรมทายเสียงที่ได้ยิน
		6	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 6 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา กิจกรรมเล่าความ ทรงจำที่ประทับใจในอดีต
	อาทิตย์	7	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 7 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา กิจกรรม เรียงลำดับเหตุการณ์
		8	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 8 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้รสชาติอาหารและการทำอาหาร
3	พฤหัสบดี	9	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 9 กิจกรรมกลุ่มบำบัดหนังสือพิมพ์
		10	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 10 กิจกรรมกลุ่มบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับรู้ผิวสัมผัส กิจกรรมทายสิ่งของ “อะไรเอ่ย”
	อาทิตย์	11	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 11 กิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่องจาก สิ่งของ
		12	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 12 กิจกรรมดนตรีบำบัด
4	พฤหัสบดี	13	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 13 กิจกรรมกลุ่มบำบัดความจำจาก ทีวี (ภาพยนตร์)

สัปดาห์ ที่	วัน เดือน ปี	ครั้งที่	เวลา	กิจกรรม
		14	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 14 กิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่องเล่าจาก ภาพสถานที่
	อาทิตย์ที่	15	10.00-11.00 น.	ครั้งที่ 15 กิจกรรมกลุ่มบำบัด เรื่องเล่าจาก เหตุการณ์
		16	13.00-14.00 น.	ครั้งที่ 16 กิจกรรมทบทวนกิจกรรมกลุ่ม บำบัดในแต่ละครั้ง
	อาทิตย์ที่		14.30-15.30 น.	ประเมินผล ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรม การทดลองทันที
8	อาทิตย์ที่		10.00-11.00 น.	ประเมินผล ครั้งที่ 3 หลังสิ้นสุดโปรแกรม การทดลอง 1 เดือน

8. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการประเมินทั้ง 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดของวิธีการทางสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Non-parametric ได้แก่

Mann-Withey U – Testเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนMMSE ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Wilcoxon signed rank Testเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนMMSE ก่อน
และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

Friedman Testเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนMMSE ก่อนหลังการทดลอง
และการติดตามผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พิจารณา ใบบรรรองจริยธรรมการวิจัยรหัส
SDU-RDI 2018-015 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย
ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อม
ทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัยจะเป็นความลับ และจะ
ถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว โดย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการดูแลความปลอดภัยและการป้องกัน
ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยโดยจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดรถรับส่ง
ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแล จัดอาหารให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และก่อนเข้าร่วมวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการ
ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม

การศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งเพศชายและหญิง ในพื้นที่อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งเพศชายและหญิง อย่างน้อยจำนวน 24 คน ในพื้นที่อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและวิธีการได้มาซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ โดยมีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงพักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีหน้าที่และรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง สม่่าเสมอและต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน

2. กรณีเป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี จะต้องมิฉะนั้นตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไปจากการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

1. จับสลากพื้นที่ศึกษาของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

2. จับสลาก ด้วยวิธีการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ และครั้งที่ 2 ได้ผู้ดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณ เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. จับสลาก กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้จับสลากครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ และได้ผู้ดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณเป็นกลุ่มควบคุม

4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) เข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดดังกล่าวไว้ในเกณฑ์แล้ว

5. ผู้วิจัย matching ด้านเพศ ได้กลุ่มทดลอง 12 รายและกลุ่มควบคุม 12 ราย รวมทั้งหมด 24 ราย ซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกัน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันและหรือไม่ได้เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้ดูแลหลักที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีคะแนนการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ต่ำกว่า 14 คะแนน
3. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้ power analysis โดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ในการคำนวณ โดยประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียว (one-tailed test) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น two sample independent group test ใช้ค่า Effect size มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทดลองนำร่องจำนวนกลุ่มละ 6 คน แล้วนำมากำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจาก program G*power 3 ได้ค่า effect size of = 1.445 ค่าความสัมพันธ์ที่ power 0.96 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ได้ขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา น้ำหนักตัว ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบในการรักษาพยาบาล และข้อมูลอื่นๆ ที่บันทึกโดยผู้วิจัย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวอื่นๆ การรักษาที่ได้รับ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา น้ำหนักตัว ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบในการ รักษาพยาบาล และข้อมูลอื่นๆ ที่บันทึกโดยผู้วิจัย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวอื่นๆ การรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่พัฒนา (Zarit Burden interview) ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย แปลภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดย Toonsiri et al. (2011) ประกอบด้วย ประสพการณ์ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 22 ข้อแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ด้านความรู้สึกลด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากการนำไปศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำนวน 106 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.91 ซึ่งมีลักษณะ

การวัดเป็น มาตรการส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ ที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์ในการให้คะแนน
ประจำ	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	3 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน
นานๆครั้ง	1 คะแนน
ไม่เคยเลย	0 คะแนน

โดยมีคะแนนรวม ตั้งแต่ 0-88 คะแนน และมีการแปลผล ดังนี้

0-21	คะแนน	หมายถึง	ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแล (No burden)
21-40	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับเล็กน้อย (Mild burden)
41-60	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง (Moderate burden)
61-88	คะแนน	หมายถึง	รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับมาก (Severe burden)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley คือการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ซึ่ง Boonyamalik (2005) ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยอย่างครบถ้วนเพื่อใช้ประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ในช่วง 1 เดือน ซึ่งประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Likert scale) 6 อันดับซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัวในข้อคำถามที่ 3, 4, 8, 9 และ 11
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากเพื่อนในข้อคำถามที่ 6, 7 และ 12
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากบุคลากรทางด้านสุขภาพในข้อคำถามที่ 1, 2, 5 และ 10

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Likert scale) 7 อันดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมากที่สุดให้ 6 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมากให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงเล็กน้อยให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบรู้สึกเฉย ๆ ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงเล็กน้อยให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากให้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุดให้ 0 คะแนน

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้มีค่าระหว่าง 0 - 72 คะแนน คะแนนรวมทั้งชุดสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงการกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนนเพื่อแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 กลุ่มคือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดที่ผู้ป่วยตอบได้ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดที่ผู้ป่วยตอบหารด้วยจำนวนระดับ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543) ความกว้างของอันตรภาคชั้น = จำนวนสูงสุด - จำนวนต่ำสุดจำนวนระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม จำนวนสูงสุด 64 คะแนน จำนวนต่ำสุด 26 คะแนนจึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 13 คะแนนแล้วจึงนำมาจัดกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ 3 กลุ่มตามช่วงคะแนน ดังนี้

26 -38คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
39 - 51คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
52 -64 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวนสูงสุด 23คะแนน จำนวนต่ำสุด 8 คะแนนจึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 5 คะแนน แล้วจึงนำมาจัดกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ 3 กลุ่มตามช่วงคะแนน ดังนี้

8 -12 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่ำ
13 -17 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ปานกลาง
18 -23 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สูง

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวนสูงสุด 23 คะแนน จำนวนต่ำสุด 8 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 5 คะแนน แล้วจึงนำมาจัดกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ 3 กลุ่มตามช่วงคะแนน ดังนี้

8 -12 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ ต่ำ
13 -17 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ ปานกลาง
18 -23 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ สูง

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จำนวนสูงสุด 20คะแนน จำนวนต่ำสุด 8คะแนนจึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 4 คะแนน แล้วจึงนำมาจัดกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ 3 กลุ่มตามช่วงคะแนน ดังนี้

8 -11คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนต่ำ
12 -15คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนปานกลาง
16 -20คะแนน	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในคลินิกอนามัยครอบครัว 1 ท่าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) ใช้สูตรหาค่าดัชนี โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความฉลาดรู้ทางสุขภาพ เท่ากับ 0.92

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม (Questionnaire) ได้แก่ แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลสัมพันธ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .92 (Toonsiri, et al., 2011) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Cronbach's alpha coefficient) = .89 สำหรับการศึกษารั้งนี้กับกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 คน ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พิจารณา ใบบรรองจริยธรรมการวิจัยรหัส SDU-RDI 2018-015 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัยจะเป็นความลับ และจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วรวมทั้งผู้วิจัยได้ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถามโดยบอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ไม่เซ็นชื่อในใบยินยอมแต่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยถือว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยปริยาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิตเสนอ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลมหาสวัสดิ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการรวบรวมเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสวนดุสิตเสนอต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการ
3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์และผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มารับการตรวจและฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้
2. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยด้วยโปสเตอร์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นติดไว้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์
3. ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ 3 ท่าน ทำการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการมากพอหรือครบตามจำนวนแล้วจะยุติการประชาสัมพันธ์ทันที
4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน มีหน้าที่เป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ ช่วยกลุ่มและเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ

6. ในสัปดาห์ที่แรก ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้โปรแกรม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลและแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง ดังนี้

7. ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนการประเมินค่า ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม จัดขึ้นที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์ จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 หลังรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเสร็จสิ้นซึ่งจะใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง 30 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

(1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม สร้างบรรยากาศใน เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจความอบอุ่นใจ แนะนำตนเอง ผู้ช่วยวิจัยและแสดงความรู้สึกยินดีอย่างยิ่งต่อกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้มีโอกาส และได้รับความร่วมมือในการมาจัดกิจกรรม และพูดคุยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป แสดงความเต็มใจในการพูดคุยตอบคำถามและให้การช่วยเหลือ

(2) จากนั้นให้ผู้ดูแลได้แนะนำตนเอง สุ่มสอบถามชื่อของสมาชิกในกลุ่ม

(3) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาของการทำกิจกรรม รวมทั้งกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม

(4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงสิ่งที่คาดหวัง หรือสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับสั้นๆ และดำเนินกิจกรรมต่อด้วย

(5) ให้ผู้ดูแลได้ดูวิดีโอ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

(6) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปสิ่งที่ได้จากการดูวิดีโอ

(7) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแล

(8) จัดอภิปรายกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลทั้ง 12 คนร่วมกัน แลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์ ความยุ่งยากและ เรื่อง “ปัจจัยของเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม” และ “วิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม”

(9) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ได้ และซักถามย้อนกลับถึงวิธีการจัดการความเครียดของตนเอง

(10) แจกกระดาษให้ผู้ดูแลได้เขียนความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา จุดที่ทำได้ดีและจุดที่ยังไม่สามารถทำได้และจุดที่อยากแก้ไขโดยด่วน

(11) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงเก็บกระดาษ และนำไปวิเคราะห์คำตอบที่ผู้ดูแลเขียน โดยใช้เกณฑ์ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบพบมากที่สุด

(12) จากนั้นนำประเด็นดังกล่าว ให้ผู้ดูแลอภิปรายกลุ่มอีกครั้ง เรื่อง “พลังความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม”

- (13) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้สะท้อน ความรู้สึกจากการอภิปรายกลุ่ม
- (14) ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญให้กลุ่มรับทราบ
- (15) พัก 15 นาที
- (16) เข้าสู่กิจกรรมกลุ่มอีกครั้ง โดยผู้วิจัยและสมาชิกผู้ดูแลร่วมกันอภิปราย ในเรื่องข้อดีของการมีเพื่อนและเครือข่ายในการช่วยเหลือ ปรีกษากัน
- (17) ผู้วิจัยแจกกระดาษรูปหัวใจ ให้ผู้ดูแลเขียนความประทับใจ ที่มีต่อเพื่อน แล้วนำติดที่หน้าอกเสื้อของเพื่อนที่ตนเองเขียน จากนั้นเพื่อนที่ได้รับจะอ่านให้สมาชิกกลุ่มฟัง และนำไปติดบอร์ด
- (18) ให้สมาชิกผู้ดูแล แลกช่องทางในการติดต่อ เพื่อการปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วย
- (19) จากนั้นเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพยาบาลวิชาชีพ พูดให้ข้อมูลในการดูแล สร้างกำลังใจและการสนับสนุนความช่วยเหลือ
- (20) ผู้วิจัยแจกแผ่นพับและโปสเตอร์ ความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและเจ้านัดหมายการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ดูแล กล่าวขอบคุณ

8. ในสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 เยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนทางอารมณ์เป็นกิจกรรมเยี่ยมผู้ดูแลที่บ้านจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้เพิ่มความรู้สึกด้านบวก ลดความรู้สึกทางลบของสภาพจิตใจ และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวคนอื่นๆ และค้นหาความต้องการในการช่วยเหลือและให้การช่วยเหลือตามปัญหา รวมทั้งเชิญสมาชิกในครอบครัว ได้ร่วมรับฟังปัญหาในการร่วมกันดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจภายในครอบครัว การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านจะใช้เวลา 40 นาทีต่อรายมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

- (1) ผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธ์ภาพจากการเข้าเยี่ยมบ้าน
- (2) สอบถามความต้องการในการช่วยเหลือและให้การช่วยเหลือตามปัญหา
- (3) เชิญสมาชิกในครอบครัว ได้ร่วมรับฟังปัญหาในการร่วมกันดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจภายในครอบครัว
- (4) กระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าถึงปัญหาความทุกข์สุขของตนเอง
- (5) จากนั้นให้สมาชิกในครอบครัวพูด สะท้อนความรู้สึกที่ดีต่อผู้ดูแล และส่งเสริมให้กำลังใจกันและกัน

(6) ผู้วิจัยใช้คำถามว่า “ใครคือบุคคลพิเศษในชีวิตที่ใส่ใจความรู้สึกมากที่สุด” เพื่อสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างกันภายในครอบครัวและใช้แรงเสริมเป็นคำพูดเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแล อันจะมีผลต่อการลดภาระการดูแล

9. หลังให้โปรแกรมครั้งที่ 2 เสร็จสิ้น ผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม และกล่าวขอบคุณ นัดหมายในการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

10. ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นช่วงของโปรแกรมทุกระบวนการเสร็จสิ้น ผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลและแบบสอบถามภาระในการดูแลหลังการทดลอง จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

11. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

11.1 พบกลุ่มควบคุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

11.2 ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสำรวจแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลและแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลหลังการทดลอง (Post-Test) พร้อมกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

11.3 ดำเนินการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของความเครียดของผู้ดูแล ภาวะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายหลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t-test
 - 2.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)
 - 2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติที่ (Dependent t-test)
 - 2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองโดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การป้องกันในวัยผู้ใหญ่ การฟื้นฟูสุขภาพจิต และการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) โดยมีผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	
	กลุ่มทดลอง (%) n = 12	กลุ่มควบคุม (%) n = 12
เพศ		
ชาย	-	5 (41.7)
หญิง	12 (100)	7 (58.3)
อายุ (ปี)		
48 - 50	3(25.0)	7(58.3)
51 - 53	3(25.0)	2(16.7)
54 - 56	4(33.3)	3(25.0)
57 - 59	2(16.7)	0
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)		
< 18.5	0	2(16.7)
18.5 - 22.9	4(33.3)	2(16.7)
23.0 - 24.9	0	2(16.7)
≥ 25	8(66.7)	6(50.0)
การศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	11(91.7)	5(41.7)
ปริญญาตรี	0	2(16.7)
ปวส	1(8.3)	5(41.7)
สถานภาพสมรส		
โสด	2 (16.7)	2(16.7)
สมรส	8 (66.7)	7(58.3)
หย่า/หม้าย	2 (16.7)	3(25.0)

ตารางที่ 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	
	กลุ่มทดลอง (%)	กลุ่มควบคุม (%)
อาชีพ		
รับจ้างรายวัน	2(16.7)	4(33.3)
พนักงานเอกชน	1(8.3)	0
รับราชการ	1(8.3)	1(8.3)
เจ้าของกิจการ	0	1(8.3)
แม่บ้าน	8(66.7)	6(50.0)
รายได้ (บาท/เดือน)		
< 15000	12(100)	10(83.3)
15000-25000	0	1(8.3)
25001-35000	0	0
35001-45000	0	1(8.3)
45001-55000	0	0
>55000	0	0
โรคประจำตัว		
มี	11(91.7)	4(33.3)
ไม่มี	1(8.3)	8(66.7)
การสูบบุหรี่		
สูบ	0	1(8.3)
ไม่สูบ	12(100)	11(91.7)
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	1(8.3)	3(25.0)
ไม่ดื่ม	11(91.7)	9(75.0)
การออกกำลังกาย		
ออกทุกวัน	2(16.7)	4(33.3)
ออกบ้างนาน ๆ ครั้ง	6(50.0)	5(41.7)
ไม่ออกกำลังกายเลย	4(33.3)	3(25.0)
ยาประจำที่ใช้		
มี	11(91.7)	4(33.3)
ไม่มี	1(8.3)	8(66.7)
ครอบครัวมีประวัติสมองเสื่อม		
มี	2(16.7)	0
ไม่มี	10(83.3)	12(100)

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ จำนวน 24 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ MOCA อยู่ที่ 26.25 (S.D.=0.45) เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ในช่วง 54-56 ปี โดยมีค่าอายุเฉลี่ย 53.17 ปี (S.D.= 3.16) ค่า BMI อยู่ในระดับอ้วน 8 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนมากจบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา 11 คน (ร้อยละ 91.7) สถานภาพสมรส 8 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน 8 คน (ร้อยละ 66.7) และส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 15000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ออกกำลังกายบ้างนานๆ ครั้ง 6 คน (ร้อยละ 50.0) และไม่ออกกำลังกายเลย 4 คน (ร้อยละ 33.3)

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของ MOCA อยู่ที่ 26.5 (S.D. = 0.90) เป็นเพศหญิง 7 คน (ร้อยละ 58.3) เพศชาย 5 คน (ร้อยละ 41.7) อายุอยู่ในช่วง 48-50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 51.17 ปี (S.D. = 3.19) ค่า BMI อยู่ในระดับอ้วน 6 คน (ร้อยละ 50.0) ส่วนมากจบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา 5 คน (ร้อยละ 41.7) สถานภาพสมรส 7 คน (ร้อยละ 58.3) ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน 6 คน (ร้อยละ 50.0) และส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 15000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนมากออกกกำลังกายบ้างนานๆ ครั้ง 5 คน (ร้อยละ 41.7) และไม่ออกกำลังกายเลย 3 คน (ร้อยละ 25.0)

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2.1 ผลการทดลองค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.2 ค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
กลุ่มทดลอง (n=12)	8.67	1.56	12.17	1.11	13.08	0.79
กลุ่มควบคุม (n=12)	7.75	1.76	8.08	1.56	8.08	1.24

จากตารางที่ 4.2 พบว่าก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในระดับใกล้เคียงกันอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะหลังการทดลองผลพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในระดับใกล้เคียงกับระยะก่อนการทดลอง ในระยะติดตามผลพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับใกล้เคียงกับระยะหลังการทดลอง

2.2 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Friedman χ^2	Sig.
ก่อนการทดลอง	22.37	<.01
หลังการทดลอง		
ระยะติดตามผล		

จากตารางที่ 4.3 กลุ่มทดลองมีผลคะแนนความรู้ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Friedman $\chi^2 = 22.37, p\text{-value} < .01$) จากผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบเป็นคู่ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และ ระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ได้ผลดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระยะการทดลอง	Mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	8.67	1.56
หลังการทดลอง	12.17	1.11

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนความรู้ (ก่อน-หลัง)			-3.083	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78.00		

**p<.01

จากตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z= -3.083 ค่า p-value = .001 แสดงว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Mean	S.D.
หลังการทดลอง	12.17	1.11
ระยะติดตามผล	13.08	0.79

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนความรู้ (หลังทดลอง-ติดตามผล)			-2.456	.007**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	7	28.00		
ค่าซ้ำ	5			

**p<.01

จากตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z= -2.456 ค่า p-value = .007 แสดงว่าภายหลังการการติดตามผลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	8.67	1.56
ระยะติดตามผล	13.08	0.79

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนความรู้ (ก่อน-ติดตามผล)			-3.089	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78.00		

**p<.01

จากตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z= -3.089

ค่า p-value = .001 แสดงว่าภายหลังการติดตามผลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 4.7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการ
ทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	Mean	S.D.
กลุ่มทดลอง	12.17	1.11
กลุ่มควบคุม	8.08	1.56

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่ม			-4.043	.000**
กลุ่มทดลอง	12	18.29		
กลุ่มควบคุม	12	6.71		

**p<.01

จากตารางที่ 4.7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะ
หลังการทดลอง โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -4.043 ค่า p-
value < .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมอง
เสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล
โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	Mean	S.D.
กลุ่มทดลอง	13.08	0.79
กลุ่มควบคุม	8.08	1.24

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่ม			-4.208	.000**
กลุ่มทดลอง	12	18.50		
กลุ่มควบคุม	12	6.5		

**p<.01

จากตารางที่ 4.8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า $Z = -4.208$ ค่า $p\text{-value} < .01$ แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

3.1 ผลการทดลองค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.9 ค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
กลุ่มทดลอง (n=12)	46.75	5.43	61.42	3.37	62.25	4.29
กลุ่มควบคุม (n=12)	42.42	5.45	44.00	6.49	43.58	5.29

จากตารางที่ 4.9 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ทั้ง 3 ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

3.2 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Friedman χ^2	Sig.
ก่อนการทดลอง	19.636	<.01
หลังการทดลอง		
ระยะติดตามผล		

จากตารางที่ 4.10 กลุ่มทดลองมีผลคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Friedman $\chi^2 = 19.636, p\text{-value} < .01$)

จากผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบเป็นคู่ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และ ระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ได้ผลดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระยะการทดลอง	Mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	46.75	5.43
หลังการทดลอง	61.42	3.37

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนทัศนคติ (ก่อน-หลัง)			-3.065	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78.00		

** $p < .01$

จากตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า $Z = -3.065$ ค่า $p\text{-value} = .001$ แสดงว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Mean	S.D.
หลังการทดลอง	61.42	3.37
ระยะติดตามผล	62.25	4.29

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนทัศนคติ (หลังทดลอง-ติดตามผล)			-0.141	.444
ตำแหน่งที่เป็นลบ	4	17		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	4	19		
ค่าซ้ำ	4			

จากตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า $Z = -0.141$ ค่า $p\text{-value} = .44$ แสดงว่าภายหลังการทดลองและระยะการติดตามผลของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	46.75	5.43
ระยะติดตามผล	62.25	4.29

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนทัศนคติ (ก่อน-ติดตามผล)			-3.066	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78.00		

** $p < .01$

จากตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า $Z = -3.066$ ค่า $p\text{-value} = .001$ แสดงว่าภายหลังการติดตามผลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 4.14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	Mean	S.D.
กลุ่มทดลอง	61.42	3.37
กลุ่มควบคุม	44.00	6.49

กลุ่ม	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	12	18.5	-4.165	.000**
กลุ่มควบคุม	12	6.5		

**p<.01

จากตารางที่ 4.14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -4.165 ค่า p-value < .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ตารางที่ 4.15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	M	S.D.
กลุ่มทดลอง	62.25	4.29
กลุ่มควบคุม	43.58	5.29

กลุ่ม	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	12	18.46	-4.135	.000**
กลุ่มควบคุม	12	6.54		

**p<.01

จากตารางที่ 4.15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -4.135 ค่า p-value < .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม

การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.1 ผลการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.16 ค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
กลุ่มทดลอง (n=12)	46.83	7.93	76.00	6.51	86.67	3.68
กลุ่มควบคุม (n=12)	50.17	7.37	51.08	7.17	49.58	6.23

จากตารางที่ 4.16 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ทั้ง 3 ระยะ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล

4.2 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Friedman χ^2	Sig.
ก่อนการทดลอง	24.00	<0.01
หลังการทดลอง		
ระยะติดตามผล		

จากตารางที่ 4.17 กลุ่มทดลองมีผลคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Friedman $\chi^2 = 24.00$, p -value<.01)

จากผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบเป็นคู่ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะเวลา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล และ ระยะเวลา ก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ได้ผลดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระยะเวลาทดลอง	M	S.D.
ก่อนการทดลอง	46.83	7.93
หลังการทดลอง	76.00	6.51

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนพฤติกรรม (ก่อน-หลัง)			-3.065	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78.00		

**p<.01

จากตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z= -3.065 ค่า p-value = .001 แสดงว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะเวลาทดลอง	M	S.D.
หลังการทดลอง	76.00	6.51
ระยะติดตามผล	86.67	3.68

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนพฤติกรรม (หลังทดลอง-ติดตามผล)			-3.065	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78		

**p<.01

จากตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า $Z = -3.065$ ค่า $p\text{-value} = .001$ แสดงว่าภายหลังการทดลอง และระยะการติดตามผลของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	M	S.D.
ก่อนการทดลอง	46.83	7.93
ระยะติดตามผล	86.67	3.68

	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนพฤติกรรม (ก่อน-ติดตามผล)			-3.062	.001**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	12	78.00		

** $p < .01$

จากตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า $Z = -3.062$ ค่า $p\text{-value} = .001$ แสดงว่าภายหลังการติดตามผลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 4.21 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	M	S.D.
กลุ่มทดลอง	76.00	6.51
กลุ่มควบคุม	51.08	7.17

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่ม			-4.159	.000**
กลุ่มทดลอง	12	18.5		
กลุ่มควบคุม	12	6.5		

**p<.01

จากตารางที่ 4.21 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -4.159 ค่า p-value < .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.22 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	M	S.D.
กลุ่มทดลอง	86.67	3.68
กลุ่มควบคุม	49.58	6.23

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่ม			-4.167	.000**
กลุ่มทดลอง	12	18.5		
กลุ่มควบคุม	12	6.5		

**p<.01

จากตารางที่ 4.22 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -4.167 ค่า p-value < .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.23 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)		รวม(n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	22.22	2	22.22	4	22.22
หญิง	7	77.78	7	77.78	14	77.78
รวม	9	100	9	100	18	100
อายุ						
61-70 ปี	4	44.44	4	44.44	8	44.44
71-80 ปี	5	55.56	5	55.56	10	55.56
รวม	9	100	9	100	18	100
หมู่บ้านที่อยู่อาศัย						
หมู่ 1	2	22.22	1	11.11	3	16.67
หมู่ 2	2	22.22	6	66.67	8	44.44
หมู่ 4	5	55.56	2	22.22	7	38.39
รวม	9	100	9	100	18	100
ศาสนา						
พุทธ	9	100	9	100	18	100
รวม	9	100	9	100	18	100
สถานภาพสมรส						
โสด	1	11.11	2	22.22	3	16.67
คู่	4	45.45	3	33.33	7	38.89
หม้าย	3	33.33	4	44.45	7	38.89
แยกกันอยู่	1	11.11	0	0	1	5.55
รวม	9	100	9	100	18	100
ระดับการศึกษา						
จบประถมศึกษา	7	77.78	7	77.78	14	77.78
จบสูงกว่าประถมศึกษา	2	22.22	2	22.22	4	22.22
รวม	9	100	9	100	18	100

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)		รวม(n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
งานบ้าน	2	22.22	5	55.56	7	38.89
ข้าราชการบำนาญ	2	22.22	1	11.11	3	16.66
เกษตรกร	1	11.11	0	0	1	5.56
ทำนา	1	11.11	0	0	1	5.56
ค้าขาย	2	22.22	2	22.22	4	22.22
รับจ้าง	1	11.11	1	11.11	2	11.11
รวม	9	100	9	100	18	100
BMI						
น้ำหนักปกติ(BMI18.5-28.9)	7	77.78	8	88.89	15	83.33
น้ำหนักเกิน(BMI25-29.9)	2	22.22	1	11.11	3	16.67
รวม	9	100	9	100	18	100
โรคประจำตัว						
HT	2	22.22	2	22.22	4	22.22
HT+DLP	2	22.22	3	33.33	5	27.77
HT+IHD	1	11.11	0	0	1	5.56
DM	2	22.22	1	11.11	3	16.67
DM+HT	1	11.11	3	33.33	4	22.22
DLP+Hyperthyroid	1	11.11	0	0	1	5.56
รวม	9	100	9	100	9	100
สถานที่รักษาโรค						
โรงพยาบาลพุทธมณฑล	4	44.45	5	55.56	9	50
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก	2	22.22	0	0	2	11.11
โรงพยาบาลราม	1	11.11	0	0	1	5.56
โรงพยาบาลศิริราช	1	11.11	1	11.11	2	11.11
รพ.สต.มหาสวัสดิ์	1	11.11	2	22.22	3	16.67
แพทย์ทางเลือก	0	0	1	11.11	1	5.56
รวม	9	100	9	100	18	100
ความสามารถในการอ่านเขียน						
อ่านออกเขียนได้	9	100	9	100	18	100
จำนวนสมาชิกในบ้าน						

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)		รวม(n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 คน	0	0	2	22.22	2	11.11
2 คน	2	22.22	1	11.11	3	16.67
3 คน	1	11.11	2	22.22	3	16.67
4 คน.	2	22.22	2	22.22	4	22.22
5 คน	2	22.22	0	0	2	11.11
6 คน	1	11.11	0	0	1	5.56
7 คน	1	11.11	1	11.11	2	11.11
9 คน	0	0	1	11.11	1	5.56
รวม	9	100	9	100	18	100
บทบาทในครอบครัว						
เจ้าบ้าน	6	66.67	6	66.67	12	66.67
ผู้อาศัย	3	33.33	3	33.33	6	33.33
รวม	9	100	9	100	18	100
ผู้ดูแล						
ไม่มี	0	0	1	11.11	1	5.56
พี่น้อง	0	0	2	22.22	2	11.11
คู่สมรส	4	44.44	2	22.22	6	33.33
บุตร	4	44.44	2	22.22	6	33.33
หลาน	1	11.11	2	22.22	3	16.67
รวม	9	100	9	100	18	100
ประวัติการดื่มสุรา						
ไม่เคยดื่ม	8	88.89	8	88.89	16	88.89
เคยดื่มแต่หยุดแล้ว	0	0	1	11.11	1	5.56
ดื่ม	1	11.11	0	0	1	5.56
รวม	9	100	9	100	18	100
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบ	8	88.89	8	88.89	16	88.89
เคยสูบแต่หยุดแล้ว	0	0	1	11.11	1	5.56
สูบ	1	11.11	0	0	1	5.56
รวม	9	100	9	100	18	100
การออกกำลังกาย						

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)		รวม(n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ออกกำลังกาย	0	0	5	55.56	5	27.78
ออกกำลังกาย	9	100	4	44.44	13	72.22
รวม	9	100	9	100	18	100
ยาที่ใช้เป็นประจำ						
มี	9	100	9	100	18	100
ประวัติภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว						
ไม่มี	9	100	9	100	18	100

จากตารางที่ 4.23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 77.78) ช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 55.56) อาศัยอยู่หมู่ที่ 2 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 44.44) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสคู่และหม้าย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 38.89) จบประถมศึกษา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.89) ทำงานบ้าน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 38.89) ดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 88.33) มีโรคประจำตัวคือ HT+DLP จำนวน 5 คน (ร้อยละ 27.77) รักษาโรคต่อเนื่อง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 100) สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 100) สมาชิกในบ้าน 4 คน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 22.22) บทบาทในครอบครัวเป็นเจ้าบ้าน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 66.67) ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสและบุตร จำนวน 6 คน (ร้อยละ 33.33) ไม่เคยดื่มสุรา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.89) ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.89) มีการออกกำลังกาย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 72.22) มียาที่ใช้ประจำ จำนวน 18 (ร้อยละ 100) ไม่มีประวัติมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 18 คน (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 3 คะแนนของกลุ่มตัวอย่างจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002)

ตารางที่ 4.24 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้เวลา สถานที่ จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002 ของกลุ่มตัวอย่าง

1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ (Orientation)(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (Orientation for time) (กลุ่มละ 9 คน)				
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	4	44.44	4	44.44
1.2 วันนี้วันอะไร	5	55.56	5	55.56
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	4	44.44	4	44.44

1. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ (Orientation)(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.4 ปีนี้ปีอะไร	6	66.67	6	66.67
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	7	77.78	7	77.78
คะแนนเฉลี่ย	2.88	38.26	2.88	38.26
2. การรับรู้สถานที่ (Orientation for place)(กลุ่มทดลอง 5 กลุ่มควบคุม 5 คน)				
2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล				
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและชื่อว่าอะไร	2	40	2	40
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	5	100	5	100
2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร	4	80	4	80
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	4	80	4	80
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร	4	80	4	80
คะแนนเฉลี่ย	3.8	76	3.8	76
2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ(กลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม ควบคุม 4 คน)				
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและบ้านเลขที่อะไร	4	100	3	75
2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	3	75	4	100
2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร	4	100	3	75
2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	4	100	4	100
2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร	4	100	4	100
คะแนนเฉลี่ย	3.75	95	3.6	90

จากตารางที่ 4.24 พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการรับรู้สถานที่ กรณีอยู่ที่บ้าน สูงกว่าที่สถานพยาบาล และสูงกว่าการรับรู้เกี่ยวกับเวลา (mean=95, 76 และ 38.26 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนสูงสุดอยู่ที่การรับรู้ว่าอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร (ร้อยละ 100) และมีคะแนนน้อยที่สุดในเรื่องการรับรู้ว่าสถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและชื่อว่าอะไร (ร้อยละ 40)

ตารางที่ 4.25 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการบันทึกความจำ (Registration) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

3. การบันทึกความจำ (Registration) (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2 คะแนน	5	55.56	5	55.56
3 คะแนน	4	44.44	4	44.44
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.25 ด้านการบันทึกความจำ พบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 2 คะแนน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 55.56) รองลงมาคือ 3 คะแนน มีจำนวน 4 คน (ร้อยละ 44.44)

ตารางที่ 4.26 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/Calculation) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

4. การทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/Calculation) (5 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	5	55.56	5	55.56
1 คะแนน	2	22.22	2	22.22
2 คะแนน	1	11.11	1	11.11
3 คะแนน	1	11.11	1	11.11
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.26 ด้านการทดสอบสมาธิและการคำนวณ พบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 55.56) รองลงมาคือ 1 คะแนน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.22)

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบความจำระยะสั้น (Recall) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

5. การทดสอบความจำระยะสั้น (Recall) (3 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	2	22.22	2	22.22
1 คะแนน	1	11.11	1	11.11
2 คะแนน	4	44.44	4	44.44
3 คะแนน	2	22.22	2	22.22
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.27 ด้านการทดสอบความจำระยะสั้น พบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 2 คะแนน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 44.44) รองลงมาคือ 0 และ 3 คะแนน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.22) คะแนนต่ำสุดคือ 1 คะแนน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 11.11)

ตารางที่ 4.28 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการบอกชื่อสิ่งของ (Naming) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

6. การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) (2 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6.1 ยื่นดินสอดแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	7	77.77	9	100
6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	9	100	9	100
ค่าเฉลี่ย		88.89		100

จากตารางที่ 4.28 ด้านการบอกชื่อสิ่งของ พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่บอกชื่อสิ่งของได้คะแนน 1 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 100) กลุ่มควบคุมตอบได้ข้อเดียวหรือตอบได้ทั้งสองข้อ (ค่าเฉลี่ย 88.89)

ตารางที่ 4.29 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (Repetition) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

7. การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (1 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	7	77.78	8	88.89
1 คะแนน	2	22.22	1	11.11
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.29 ด้านการพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้คะแนน 0 คะแนน

ตารางที่ 4.30 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (Verbal command) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

8. การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง Verbal command(3 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	4	44.44	4	44.44
1 คะแนน	1	11.11	1	11.11
2 คะแนน	0	0	0	0
3 คะแนน	4	44.44	4	44.44
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.30 ด้านการทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง พบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 0 และ 3 คะแนน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 44.44)

ตารางที่ 4.31 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน (Written command) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

9. การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน Written command(1 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	7	77.78	7	77.78
1 คะแนน	2	22.22	2	22.22
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.31 ด้านการทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่านพบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 77.78) รองลงมาคือ 1 คะแนน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.22)

ตารางที่ 4.32 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบการเขียน (Writing) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

10. การทดสอบการเขียน (Writing) (1 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	7	77.78	7	77.78
1 คะแนน	2	22.22	2	22.22
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.32 ด้านการทดสอบการเขียน พบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 77.78) รองลงมาคือ 1 คะแนน มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.22)

ตารางที่ 4.33 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visuoconstruction) จากแบบประเมิน MMSE – Thai 2002

11. การทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ (Visuoconstruction)(1 คะแนน)	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	9	100	9	100
1 คะแนน	0	0	0	0
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 4.33 ด้านการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ พบว่าส่วนใหญ่ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 4.34 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนน MMSE-THAI 2002 จำแนกตามระดับการศึกษา

คะแนน MMSE-THAI 2002	กลุ่มทดลอง(n=9)		กลุ่มควบคุม(n=9)		รวม(n=18)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 14	1	11.11	1	11.11	2	11.11
คะแนน 16	8	88.89	8	88.89	16	88.89
รวม	9	100	9	100	18	100

จากตารางที่ 4.34 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนMMSE14 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.11) มีคะแนนMMSE 16 จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.89)

ตารางที่ 4.35 ค่าคะแนนMMSE-THAI 2002ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล	
	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.
กลุ่มทดลอง (n=9)	15.78	0.67	21.11	1.83	23.00	2.39
กลุ่มควบคุม (n=9)	15.78	0.67	18.44	2.40	18.22	2.54

จากตารางที่ 4.35 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนMMSE-THAI 2002ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า คะแนนMMSE เฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนน MMSE หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นทั้งสองครั้ง

ตารางที่ 4.36 การเปรียบเทียบค่าคะแนนMMSE ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	Friedman χ^2	Sig.
ก่อนการทดลอง	49.38	.000
หลังการทดลอง		
ระยะติดตามผล		

จากตารางที่ 4.36 กลุ่มทดลองมีผลคะแนนMMSEในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Friedman $\chi^2 = 49.38.00$, $p\text{-value} < .01$)

จากผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบเป็นคู่ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล และ ระยะเวลาก่อนการทดลองและระยะติดตามผลได้ผลดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.37 การเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง	mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	15.78	0.67
หลังการทดลอง	21.11	1.83

ระยะก่อน-หลังทดลอง	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนน MMSE			-2.689	.007**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	9	45.00		

**p<.01

จากตารางที่ 4.37 การเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z= -2.689 ค่า p-value = .007 แสดงว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนMMSEหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.38 การเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะเวลาการทดลอง	mean	S.D.
หลังการทดลอง	21.11	1.83
ระยะติดตามผล	23.00	2.39

ระยะหลังทดลอง-ติดตามผล	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนนMMSE			-2.546	.011*
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	8	36		
ties	1			

*p<.05

จากตารางที่ 4.38 การเปรียบเทียบคะแนนMMSEของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z= -2.546

ค่า p-value = .011 แสดงว่าภายหลังการทดลองและระยะการติดตามผลของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนน MMSE แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.39 การเปรียบเทียบคะแนน MMSE ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะการทดลอง	mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	15.78	0.67
ระยะติดตามผล	23.00	2.39

ระยะก่อน-ติดตามผล	จำนวน (คน)	Sum of Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
คะแนน MMSE			-2.677	.007**
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0	0		
ตำแหน่งที่เป็นบวก	9	45.00		

**p<.01

จากตารางที่ 4.39 การเปรียบเทียบคะแนน MMSE ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Tests ได้ค่า Z = -2.677 ค่า p-value = .007 แสดงว่าภายหลังการติดตามผลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนน MMSE ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4.40 ผลการเปรียบเทียบคะแนน MMSE ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	mean	S.D.
กลุ่มทดลอง	21.11	1.83
กลุ่มควบคุม	18.44	2.40

	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่ม			-2.175	.03*
กลุ่มทดลอง	9	12.17		
กลุ่มควบคุม	9	6.83		

*p<.05

จากตารางที่ 4.40 ผลการเปรียบเทียบคะแนน MMSE ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -2.175 ค่า p-value <.05 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนน MMSE สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.41 ผลการเปรียบเทียบคะแนนMMSEระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Mann Whitney Test

กลุ่ม	mean	S.D.
กลุ่มทดลอง	18.22	2.54
กลุ่มควบคุม	23.00	2.39

กลุ่ม	จำนวน (คน)	Mean Rank	Z	ค่า p (1-tailed)
กลุ่ม			-2.908	.004**
กลุ่มทดลอง	9	13.11		
กลุ่มควบคุม	9	5.89		

**p<.01

จากตารางที่ 4.41 ผลการเปรียบเทียบคะแนนMMSEระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล โดยใช้ Nonparametric test ชนิด Mann Whitney Test ได้ค่า Z = -2.908 ค่า p-value < .01 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนพฤติกรรมMMSEสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.01

ผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงพักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมีหน้าที่และรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง จำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็นสามส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 4.42 และ 4.46

ส่วนที่ 2 คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะการดูแลดังแสดงในตารางที่ 4.47

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะการดูแลดังแสดงในตารางที่ 4.48-4.50

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการแปลความหมายของผลการทดลองและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ต่างๆแทนความหมายดังนี้

Mean แทน คะแนนเฉลี่ย

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

N แทน จำนวนประชากร

- df* แทน ระดับขั้นของความอิสระ
t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาแจกแจงค่าที่
 * แทน คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 42 และ 43 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 66.7) ทั้งกลุ่มทดลอง (mean=59.6, S.D. =15.42) และกลุ่มควบคุม (mean=54.33, S.D. =9.34) มีอายุระหว่าง 45-64 ปี ในกลุ่มควบคุมและในกลุ่มทดลอง จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.4, และ 46.7) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 80) แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40) มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยมี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือเป็นบิดา มารดาของผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 4.42 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15)	กลุ่มควบคุม (n = 15)
อายุ 25-44ปี	2 (13.3)	10(66.6)
45- 64ปี	8(53.3)	5(33.3)
>65ปี	5(33.3)	-
	Mean=59.6(S.D.=15.42)	Mean=54.33(S.D.=9.34)
เพศ ชาย	5 (33.3)	5 (33.3)
หญิง	10(66.7)	10(66.7)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (6.7)	-
ประถมศึกษา	3 (20)	4 (26.8)
มัธยมศึกษา	7(46.6)	5 (33.4)
อนุปริญญา	1 (6.7)	4 (26.8)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3(20)	2 (13.4)
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	1(6.7)	6(40)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	1 (6.7)
เกษตรกร	-	-
รับจ้าง	12(80)	4 (26.7)
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	2(13.3)	4 (26.7)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15)	กลุ่มควบคุม (n = 15)
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	4(26.7)	4(26.7)
สามี-ภรรยา	10(66.7)	6(40)
พ่อ-แม่	1(6.7)	3(20)
พี่/น้อง	-	2(13.3)
ญาติ (ลุง ป้า น้า อา)		

ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง(ร้อยละ 86.7) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ73.3) ส่วนใหญ่เพศหญิง ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง70-79 ปี (mean =74.7, S.D= 5.11) เช่นเดียวกับ ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 70-79 ปี (mean=80.7, S.D=8.03) ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวอื่นๆคือหัวใจและหลอดเลือดและความดันโลหิตสูง (33.3%)

ตารางที่ 4.43 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n(ร้อยละ)
อายุ	Range 64-92 ปี	Range 62-83 ปี
<60ปี	-	-
60-69ปี	4 (26.6)	4(26.6)
70- 79ปี	11(73.3)	7(46.8)
≥ 80ปี	-	4(26.6)
	Mean=80.7(S.D=8.03)	Mean =74.7(S.D=5.11)
เพศ		
ชาย	2(13.3)	4(26.7)
หญิง	13(86.7)	11(73.3)
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	-	-
เบาหวาน	6(40)	4 (26.7)
ความดันโลหิตสูง	4 (26.7)	5(33.3)
หัวใจและหลอดเลือด	4 (26.7)	4 (26.7)
อื่นๆ ระบุ.....	1(6.7)	2(13.3)

ตารางที่ 4.44 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (N = 30)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	4	26.66	4	26.66
ระดับปานกลาง	7	46.66	6	40
ระดับสูง	4	26.66	5	33.33
รวม	15	100	15	100

ตารางที่ 4.45 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ (N=30)

ประเภทการสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง (n=15)			กลุ่มควบคุม (n=15)		
	ระดับสูง	ปานกลาง	ต่ำ	ระดับสูง	ปานกลาง	ต่ำ
ครอบครัว	6	6	3	6	6	3
เพื่อน	5	6	4	3	9	3
บุคลากรสาธารณสุข	3	8	4	4	7	4
โดยรวม	4	7	4	5	6	4

ตารางที่ 4.46 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการดูแล

ระดับการดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	6	40	6	40
ระดับปานกลาง	7	46.7	9	60
ระดับสูง	2	13.3	-	-
รวม	15	100	15	100

ส่วนที่ 2 คะแนนการดูแล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผลจากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการดูแลก่อนการทดลองเท่ากับ 46.13 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.01 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.27 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.94 ส่วนในกลุ่ม

ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการดูแลก่อนการทดลองเท่ากับ 45.73 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.57 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.46

ตารางที่ 4.47 คะแนนเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลของ ผู้ดูแลหลัก	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	Possible Range	Actual Range	Mean	S.D.	Possible Range	Actual Range	Mean	S.D.
ก่อนการทดลอง	0-88	34-76	46.13	12.01	0-88	37-70	45.73	10.57
หลังการทดลอง	0-88	30-62	38.27	9.94	0-88	38-71	46.27	10.46

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแล

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการดูแลไม่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 4.48

ตารางที่ 4.48 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที (Independent t-test)

	mean	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	46.13	12.01	.09	28	.92
กลุ่มควบคุม	45.73	10.57			

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Dependent t-test) จากตารางที่ 4.49 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 38.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.94

ตารางที่ 4.49 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Dependent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n = 15)	46.13	12.01	38.27	9.94	-11.08	14	.001
กลุ่มควบคุม (n = 15)	45.73	10.57	46.27	10.46	4	14	.001

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนภาวะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองโดยใช้สถิติที (Independent t-test) จากตารางที่ 4.50 พบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนภาวะการดูแลในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทั่วไป

ตารางที่ 4.50 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

	mean	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	38.27	9.94	-2.15	28	.04
กลุ่มควบคุม	46.27	10.46			

* $p < .05$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตและสร้างเสริมแรงสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Post Test Control Group Design) ผลการศึกษานำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ผลของการให้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ จำนวน 24 คน โดยมีอายุอยู่ในช่วง 48 - 59 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน กลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ MOCA อยู่ที่ 26.25 (S.D. = 0.45) กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของ MOCA อยู่ที่ 26.5 (S.D. = 0.90) ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา 11 คน (ร้อยละ 91.7) การทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คะแนนทัศนคติ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คะแนนทัศนคติ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะพบน้อยในวัยผู้ใหญ่ แต่จะพบอุบัติการณ์เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Mild cognitive impairment: MCI) มากกว่า และถ้าในวัยผู้ใหญ่มีภาวะการรู้คิดดี ช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้ การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ประกอบด้วย ความจำ (memory) การมีสมาธิจดจ่อ (attention) การตัดสินใจ (judgment) การใช้ความคิดแบบนามธรรม (abstraction) การบริหารจัดการ (executive function) และการใช้ภาษา (language) (Spector, 2003) นอกจากนี้การ

จัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงบางพฤติกรรมของตนเองโดยการ เลือกเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และ การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction) ผลความสำเร็จจากการมีทักษะการจัดการตนเอง ช่วยป้องกันและลดอัตราการเกิดของโรค นอกจากนี้สามารถที่จะควบคุมโรคไม่ให้เกิดความรุนแรง (Creer, 2000) จากผลการวิจัยจะพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ มีทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง และพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งการจัดการตนเองดีจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ดี ซึ่งเป็นไปตามที่ Martin et al (2013) ได้กล่าวว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองควรจะส่งเสริมให้จัดการตนเองเพื่อป้องกันมากกว่าที่จะจัดการเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมแล้ว

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยจะพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มควบคุม และมากกว่าก่อนทดลอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเนื่องจากกิจกรรมการให้ความรู้ ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง โดยการสร้างเสริมความรู้เพื่อเป็นข้อมูลโดยใช้วิธีการเรียนรู้ผ่านกลุ่ม และร่วมกันอภิปรายทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะหลงลืมและภาวะสมองเสื่อมตามความรู้เดิมหรือจากสื่อต่างๆ เช่นเอกสารแผ่นพับ หอกระจายข่าว วิทยู ทำให้กลุ่มมีโอกาสทบทวน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยบรรยายสรุปทบทวนความรู้หลังจากแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละหัวข้อเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงประเด็นตามที่กลุ่มทดลองต้องเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งกิจกรรมการจัดการตนเอง ควรประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงกลวิธีในการให้ความรู้ (Patient education: method of providing information) (Ryan & Sawin, 2009)

สำหรับพฤติกรรมจัดการตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นในระยะติดตามผล ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าเนื่องจากกิจกรรมการเรียนรู้ในครั้งนี้ประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector (2003) โดยการนำมาประยุกต์ในกิจกรรม เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง และกิจกรรมที่จะเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กิจกรรมการบริหารสมองเพื่อเพิ่มความจำ การฝึกบริหารร่างกายด้วย Tri-chi ซึ่งการบริหารร่างกายด้วยวิธีนี้จะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al (2011) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วย Tri Chi ในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งผลการทดลองพบว่าผลการประเมินการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่ง Chang et al (2011) กล่าวว่า Tri Chi เป็นการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) เป็นการบริหารร่างกาย (physical activity) ช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือด กระตุ้นเซลล์ประสาท และ Tri Chi ทำให้มีการปฏิสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งทำให้การ

รู้คิดดีขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมฝึกการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวเอง โดยการแจกคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (เช่น การบันทึกการสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ การบันทึกการกินยา) ฝึกการตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง นอกจากนี้ติดตามสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองโดยผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์ และสื่อสารการให้ข้อมูลผ่านทางไลน์ เพื่อกระตุ้นติดตามให้ปฏิบัติตามเป้าหมาย

นอกจากนี้การวิจัยโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในวัยผู้ใหญ่ โดยรูปแบบของโปรแกรมโดยตัวกิจกรรมมีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Martin et al (2013) ซึ่งกล่าวว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากไม่ได้รับการกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ หรือ กระบวนการคิด และกล่าวว่ากิจกรรมสำหรับการจัดการตนเองที่ควรจะมีได้แก่ การสนับสนุนและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนให้มีกิจกรรมในวิถีการดำเนินชีวิต การมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว พบปะเพื่อน/ญาติ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด (เช่น การออกกำลังกาย การมีสมาธิ เป็นต้น) กิจกรรมที่จะช่วยเรื่องการจัด

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในวัยผู้ใหญ่ มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ และสามารถทำให้การจัดการตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มเสี่ยง และในวัยผู้ใหญ่ การวางแผนปฏิบัติตามเป้าหมาย ประเมินผลตนเอง เพื่อสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนและคอยกระตุ้น
2. หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองเน้นกิจกรรมการฝึกปฏิบัติและการติดตามผล โดยการสร้างเครื่องมือติดตามกำกับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการศึกษา
4. ด้านการศึกษาพยาบาล โปรแกรมพัฒนาสามารถสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลชุมชนหรือการให้บริการวิชาการแก่สังคม เพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.78) ช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี (ร้อยละ 55.56) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสคู่และหม้าย (ร้อยละ 38.89) จบประถมศึกษา (ร้อยละ 77.78) อาชีพงานบ้าน (ร้อยละ 38.89) BMI ปกติ (ร้อยละ 88.33) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) รักษาโรคที่สถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ 100) อ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 100) สมาชิกในบ้านมีจำนวน 4 คน (ร้อยละ 22.22) เป็นเจ้าบ้าน (ร้อยละ 66.67) ผู้ดูแลเป็นบุตรและภรรยา (ร้อยละ 33.33) ไม่มีประวัติการดื่มสุรา (ร้อยละ 88.89) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.89) ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 72.22) มียาที่ใช้เป็นประจำ (ร้อยละ 100) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 100)

ด้านคะแนนจากแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนน MMSE 16 คะแนน (ร้อยละ 88.89) มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา (ร้อยละ 38.26) การรับรู้สถานที่ที่บ้านและโรงพยาบาล (ร้อยละ 100,76) การบันทึกความจำ (ร้อยละ 55.56) การทดสอบสมาธิและการคำนวณไม่สามารถทำได้ (ร้อยละ 55.56) การทดสอบความจำระยะสั้น (ร้อยละ 44.44) การบอกชื่อสิ่งของ (ร้อยละ 100) ไม่สามารถพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (ร้อยละ 88.89) การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (ร้อยละ 44.44) การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่านไม่สามารถทำได้ (ร้อยละ 88.89) การทดสอบการเขียนไม่สามารถทำได้ (ร้อยละ 77.78) การทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือไม่สามารถทำได้ (ร้อยละ 100) การทดสอบผลของโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผล พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตมีคะแนน MMSE เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และมีคะแนน MMSE เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ผลการเปรียบเทียบคะแนน MMSE ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองและติดตามผลพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนพฤติกรรม MMSE สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

พื้นที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตมีคะแนน MMSE เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) รวมทั้งมีคะแนน MMSE เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ประกอบด้วยกิจกรรม 16 กิจกรรมโดยการบูรณาการแนวคิดของ neurobic exercise การบำบัดด้วยการรับรู้ตาม

ความเป็นจริง การกระตุ้นการรู้คิด และการระลึกความหลัง เพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้นี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่องของปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ที่พบว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดเพื่อส่งเสริมความจำสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมความสามารถด้านความจำของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องได้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนความจำหลังการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 สอดคล้องกับวรภากร เกรียงไกรศักดิ์ดาและเสรี ชัดรัมย์ (2555) ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกสมองโดยประยุกต์จากทฤษฎีนิวโรบิคส์เอ็กเซอร์ไซส์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น สามารถเพิ่มความจำระยะสั้นของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นได้ โดยความจำระยะสั้นในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านช่วงตัวเลข (Digit span) และด้านสัญลักษณ์ตัวเลข (Digit symbol) และภายหลังการเข้าโปรแกรมฝึกสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความจำทั้ง 2 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะว่ากลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการฝึกสมอง ทำให้สมองได้ทำงานทุกส่วน เกิดการตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น มีการเชื่อมโยงเซลล์ประสาทของสมองทุกส่วนและทำให้สมองเพิ่มการผลิตสาร Neurotrophins ซึ่งเป็นอาหารสมอง เซลล์สมองแข็งแรงขึ้น และเมื่อเซลล์สมองแข็งแรงก็จะทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการฟื้นฟูความจำระยะสั้น (นันทิกา วิชาชาติ, 2551)

สอดคล้องกับสุทธิศรี ตรีภูมิลิทธิโชค และอาทิตย์ยา สุวรรณ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Raggi, Alberto (2007) ในงานวิจัยเรื่อง The effects of a comprehensive rehabilitation program of Alzheimer's Disease in a hospital setting เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วย Alzheimer's Disease ในโรงพยาบาล 50 คน อายุ 71-81 ปี อายุโดยเฉลี่ย 76 ปี โดยเป็นโรคสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง นำมาให้การบำบัดฟื้นฟูแบบ Reality Orientation Therapy (ROT) ซึ่งเป็นการบำบัดฟื้นฟูแบบกลุ่ม เป็นเวลา 17 เดือนในโรงพยาบาลจากการใช้แบบคัดกรอง Mini Mental State Examination (MMSE) เพื่อประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) การประเมินการทำกิจวัตรประจำวันและการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการให้การรักษาด้วย ROT พบว่าคะแนนเฉลี่ย MMSE และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงขึ้น นอกจากนั้นการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย Neuro psychiatric Inventory (NPI) ยังพบว่าสภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย รัชณี นามจันทร์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Rehabilitation of Elders with Dementia) ให้ความหมาย

ของการบำบัดฟื้นฟูไว้ว่า การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy; CST) ไว้ว่า การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (ROT) เป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเป็นจริงเช่นวันเวลา สถานที่บุคคลพฤติกรรมการแสดงออกของตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยมุ่งเน้น ให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวใหม่อีกครั้งหนึ่งเป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเข้าไปซ้ำมาช่วยส่งเสริมความสามารถทางด้านการรับรู้การจดจำการโต้ตอบการฝึกความตั้งใจและสมาธิการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง มีการระลึกถึงความทรงจำทั้งในอดีตและในปัจจุบัน ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด และทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับ ชาญพร สมันตรัฐ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการใช้นิวโรบิสส์เอ็กเซอร์ไซส์ เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมานเพื่อพัฒนาแนวทางคัดกรองสมองเสื่อมเบื้องต้น และส่งเสริมการใช้นิวโรบิสส์เอ็กเซอร์ไซส์เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมานเพื่อกระตุ้นการใช้กิจกรรมนิวโรบิสส์เอ็กเซอร์ไซส์ และประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำที่บ้าน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในคลินิกได้รับการคัดกรองเบื้องต้นร้อยละ 95 มีความผิดปกติจากการประเมิน Mini Cog ร้อยละ 21.05 และมีความเสี่ยงสมองเสื่อมเบื้องต้นจากการประเมิน MMSE ร้อยละ 8.77 ได้รับการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตูล กรณีผิดปกติจาก Mini Cog ได้รับการติดตามการใช้กิจกรรมนิวโรบิสส์เอ็กเซอร์ไซส์ ที่บ้าน 6 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100 และวัดผลจากการประเมิน MMSE มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 57.14 ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมมีความรู้ในเรื่องสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.45 มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 3.88 และผู้ให้บริการมีแนวทางคัดกรองสมองเสื่อมเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ

สอดคล้องกับ วัลลภา อังคาราและคณะ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศผลการวิจัยสรุปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.67 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ผลการวิจัยอธิบายได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีอายุ 71-80 ปี โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น (Jain, 2006) ปัจจัยทางด้านสังคมจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่บ้านคนเดียว จะมีผู้ดูแลเป็นบางเวลาเนื่องจากติดภารกิจประจำวัน ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัวไม่ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม (Robert J.H., 1971) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง

(frontotemporal) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ในการศึกษานี้ได้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง การกระตุ้นการรู้คิด การระลึกความหลังและการบริหารสมองของ neurobic exercise ซึ่งหนึ่งในแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง คือการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ที่พัฒนาโดย Spector (2003) อธิบายว่าการกระตุ้นด้านการรู้คิดช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ซึ่งประกอบด้วยความจำ (memory) การมีสมาธิจดจ่อ (attention) การตัดสินใจ (judgment) การใช้ความคิดแบบนามธรรม (abstraction) การบริหารจัดการ (executive function) และการใช้ภาษา (language) เป็นต้น โดยผลของการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาท (axon) ช่วยให้การเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้น ส่งผลให้เซลล์สมองแข็งแรง และช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีนี้จะได้ผลดีในการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (early stage-middle stage of dementia) อีกทั้งการกระตุ้นด้านการรู้คิดช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ซึ่ง ประกอบด้วยความจำ (memory) การมีสมาธิจดจ่อ (attention) การตัดสินใจ (judgment) การใช้ความคิดแบบนามธรรม (abstraction) การบริหารจัดการ (executive function) และการใช้ภาษา (language) เป็นต้น โดยผลของการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาท (axon) ช่วยให้การเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้น ส่งผลให้เซลล์สมองแข็งแรง และช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าประสิทธิผลของการบำบัดด้วยวิธีนี้จะได้ผลดีในการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (early stage-middle stage of dementia) การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ของ Spector (2003) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้สมองส่วนของการรู้คิด (cognitive function) ซึ่งประกอบด้วยความจำ (memory) การมีสมาธิจดจ่อ (attention) การรับรู้ (orientation) การคิดคำนวณ (calculation) การตัดสินใจ (judgments) การใช้ภาษา (language) และการบริหารจัดการ (executive function) ได้รับการกระตุ้น ส่งผลให้ช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง ส่วนการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริง เช่นวัน เวลา สถานที่ บุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวได้ใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมา ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิการรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว เป็นต้น ส่วนการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดได้นำบางส่วนของ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้เป็นการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเป็นจริง และการกระตุ้นการรู้คิดอันมุ่งเน้นไปที่ความพยายามทำให้เกิดการรู้คิด เป็นการส่งเสริมให้ใช้การประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ได้แก่ การใช้เงิน การคิดคำนวณ มิติสัมพันธ์เกมส์คำศัพท์และการกระตุ้นความทรงจำในอดีต (Elipoulos, C. : 2013) และนำ Neurobics

(นิวโรบิกส์) คือ ระบบอย่างหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการบริหารสมองโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ร่วมกับอารมณ์ความรู้สึกในการทำกิจกรรมประจำวันรูปแบบใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้มีสุขภาพดี เดิมมีความเชื่อว่าเมื่อสมองพัฒนาสมบูรณ์จะถูกใช้งานไปเรื่อยๆ จนล่วงเข้าวัยผู้ใหญ่เซลล์สมองจะลดลงและไม่สร้างขึ้นใหม่ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคสมองเสื่อมในวัยชรา แต่ปัจจุบันค้นพบแล้วว่าหากรู้จักใช้สมองอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นถูกวิธี เซลล์ประสาทจะแตกแขนงทดแทนส่วนที่สูญเสียไป ความจำจึงดีได้แม้อายุมากขึ้นแล้วก็ตาม สมองของมนุษย์ประกอบด้วยเซลล์ประสาทมากมายแต่ละเซลล์ประสาทจะมีแขนงออกจากตัวเซลล์ ซึ่งแขนงเหล่านี้ทำหน้าที่ในการรับและส่งสัญญาณประสาทไปยังเซลล์ต่างๆ รอบๆ เซลล์ประสาท เพื่อให้การทำงานของสมองเป็นไปตามปกติ โดยปกติมนุษย์มีการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทจนถึงอายุ 5-6 ปีหลังจากนี้จะไม่มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ประสาท แต่สามารถเพิ่มจำนวนของแขนงเซลล์ประสาทได้ไปตลอดชีวิต ทำให้มีการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทมากขึ้น ซึ่งการเพิ่มจำนวนของแขนงเซลล์ประสาทนั้นเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ถ้าเรามีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ก็จะมีการแตกแขนงของเซลล์ประสาทมากขึ้นไปจนตลอดอายุขัย เปรียบเซลล์ประสาทเหมือนต้นไม้ ยิ่งอายุมากขึ้นยังมีการแตกกิ่งก้านสาขามากขึ้น ดังนั้นถ้าเรามีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา ไม่ทำอะไรซ้ำซาก จะเป็นการกระตุ้นให้สมองมีการแตกกิ่งก้านสาขาเพิ่มขึ้น การทำงานของสมองจะดีขึ้น ไม่เสื่อมถอย เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจำนวนเซลล์ประสาทจะลดลง ไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้อีก การที่จะทำให้สมองทำงานได้ตามปกติจึงจำเป็นที่จะต้องฝึกสมองให้มีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา นำไปสู่ทฤษฎีการออกกำลังกายสมองหรือ Neurobics Exercise เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมอง การฝึกทักษะสมองนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรง ด้วยการขยับกล้ามเนื้อหลายๆ ส่วนมาประยุกต์กลายเป็นวิธีบริหารสมองที่ใช้ประสาทสัมผัสไปกระตุ้นกล้ามเนื้อสมองหลายๆ ส่วนให้ขยับและตื่นตัว ทำให้แขนงเซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองสื่อสารกันมากขึ้น เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ สมองแข็งแรงขึ้น ยิ่งใช้ชีวิตแบบเดิมมากเท่าไร สมองก็ไม่ได้ใช้งานมากเท่านั้น เพราะสมองจดจำรูปแบบพฤติกรรมได้แล้ว เช่น ถ้าขับรถไปทำงานตามเส้นทางที่คุ้นเคยทุกวัน สมองจะใช้ประสาทส่วนเดิม อาจทำให้เซลล์ประสาทบริเวณนั้นแข็งแรง แต่ก็ลดทอนประสิทธิภาพของเซลล์ประสาทส่วนอื่นเพราะไม่ได้ออกกำลังกายคิด นิวโรบิกส์สามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลาในรูปแบบที่สนุก และง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นระบบประสาทและการส่งต่อทางกระแสประสาทที่ไม่ค่อยได้ใช้งานให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยให้สมองของแจ่มใสและแคล่วคล่องว่องไวขึ้นทำให้ร่างกายแข็งแรง ด้วยการขยับกล้ามเนื้อหลายๆ ส่วนมาประยุกต์กลายเป็นวิธีการบริหารสมองที่ใช้ประสาทสัมผัสไปกระตุ้นกล้ามเนื้อสมองหลายๆ ส่วนให้ขยับและตื่นตัว ทำให้เซลล์ประสาทแตกกิ่งก้านสาขา เซลล์สมองมีการสื่อสารกันมากขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนน MMSE ที่ประเมินกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนด้านการทดสอบสมาธิและการคำนวณ การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน การทดสอบการเขียนและการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนทุกด้านเพิ่มขึ้น แต่มีคะแนนด้านการคิดคำนวณตัวเลข การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน การทดสอบการเขียนและการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยกว่าด้านอื่นๆ

จากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และจากการสะท้อนคิดขณะทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมพบว่าด้านการคิดคำนวณได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการคิดคำนวณผ่านเกมตัวเลขและการทำแบบฝึกหัดทุกครั้ง ที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุสามารถคิดเลขและคำนวณเลขได้ถูกต้องมากขึ้นทุกครั้งและใช้เวลาในการทำแบบฝึกหัดน้อยลงทุกครั้ง ผู้สูงอายุสะท้อนคิดสิ่งที่ทำคะแนน MMSE ได้น้อยเนื่องจากไม่ค่อยได้คิดเลขในใจ และในขณะที่ทำกิจกรรมก็ใช้กระดาษแบบฝึกหัดทำให้คิดได้สะดวกขึ้นเพราะมองเห็นตัวเลขจึงทำให้คิดเลขได้ช้าและคิดไม่ออก ด้านการพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน ได้ทำการฝึกผ่านกิจกรรมการฝึกฟังเสียงต่างๆที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน ฝึกการฟังเพื่อนร่วมกลุ่มในการทำกิจกรรมต่างๆ และฝึกการฟังเรื่องเล่าจากการกระซิบ ผู้สูงอายุสะท้อนคิดที่ฟังไม่ค่อยชัดและมักจะลืมเรื่องราวที่ได้ฟังหรือจำได้ไม่หมด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี มีความเสื่อมของหูจึงทำให้คะแนนด้านนี้เพิ่มขึ้นน้อย และการทดสอบการเขียนและการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ ผู้สูงอายุสะท้อนคิดที่ตนเองอายุมากแล้วและมีโรคประจำตัวการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆไม่คล่องแคล่วเหมือนเมื่อก่อน ตามองภาพไม่ชัด มือก็บังคับให้ทำตามที่ยากทำได้ไม่คล่องเหมือนเมื่อก่อน เมื่อมองภาพที่เห็นมองออกกว่ารูปเหลี่ยมซ้อนกันแต่เมื่อวาดภาพออกมากลับไม่เหมือนที่มองเห็นทั้งนี้อาจเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆร่วมด้วย แต่ในภาพรวมผู้สูงอายุบอกว่ากิจกรรมต่างๆช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเองขึ้น ทำกิจกรรมต่างๆได้ว่องไวขึ้น มีความกระฉับกระเฉงมากขึ้น และความสุขในการเข้าร่วมกลุ่มโดยการนับวันเวลาในการมาเข้าร่วมกลุ่มทุกครั้ง อีกทั้งการเข้าร่วมกลุ่มยังทำให้ได้ทำกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์มากขึ้น ซึ่งบางกิจกรรมไม่เคยได้ทำมาก่อน ที่สำคัญผู้สูงอายุยังได้สะท้อนคิดที่ไม่นึกว่าการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมในแต่ละครั้งสามารถช่วยให้ตนเองมีสรีรภาพและศักยภาพดีขึ้นมาอย่างสังเกตเห็นได้

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความรู้สึกพอใจจากความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเองจากการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง และผู้สูงอายุเห็นความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีที่เกิดขึ้นจากการมาเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง เกิดความมั่นใจ และความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนาศักยภาพตนเองต่อไป เนื่องจากกิจกรรมมีความโดดเด่นในเรื่องของความหลากหลายของกิจกรรม เป็นสิ่งส่งเสริมความน่าสนใจของกิจกรรมในแง่ของการกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้อยากลอง ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่อยู่เสมอ ส่งผลให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปได้เป็นอย่างดี และการเข้าร่วมกิจกรรมแบบกลุ่มยังมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความผูกพัน เกิดการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มกิจกรรมสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีความสนใจ ตั้งใจ และใส่ใจในการทำกิจกรรมดังที่ได้กล่าวในข้างต้นและสนใจทำการทำการบ้านที่มอบหมายให้ในแต่ละครั้งที่ทำกิจกรรมก่อให้เกิดการ เพิ่มศักยภาพของความสามารถด้านการรู้คิด ความจำ การรับรู้ การใช้ภาษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นได้

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิต ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด และการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 16 กิจกรรม ก่อให้เกิดการฟื้นฟูการรับรู้ ความจำ การมีสมาธิและการคำนวณ

การบอกชื่อสิ่งของ การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน การเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง การอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน การทดสอบการเขียน และการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นได้ โดยสังเกตจากค่าเฉลี่ยของคะแนน MMSE ในกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะสามารถช่วยฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการบำบัดทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆได้ โดยนำกิจกรรมตามโปรแกรมไปปฏิบัติเพื่อเป็นการฟื้นฟูสุขภาพจิตและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในอนาคต
2. ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถนำกิจกรรมตามโปรแกรมไปช่วยส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามโปรแกรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพสมองโดยสามารถปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันได้
3. สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกสมองไปใช้ประกอบการเรียนการสอน การวิจัยและบริการวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น
4. การวิจัยครั้งนี้ทำศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นเท่านั้น แต่พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุมีความบกพร่องในเรื่องการทำงานของสมองที่สัมพันธ์กับการใช้ตาและหู ซึ่งเป็นการทำงานเชิงซ้อน ควรปรับกิจกรรมโปรแกรมเพิ่มเติมให้สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพของสมอง เป็นการฟื้นฟูสมองให้ได้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
5. กิจกรรมในโปรแกรมช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และพัฒนาสมรรถภาพของสมองได้ดีในส่วนของการทำงานพื้นฐาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของสมองได้ดีแต่พบว่าคะแนน MMSE เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในด้านการทำงานประสานกันของสมองกับตาและหู ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆตามวัย จึงควรเพิ่มกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เน้นในการพัฒนาทักษะด้านการมองเห็นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในวัตถุประสงค์นี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Post Test Control Group

Design) การคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยเจาะจง จำนวน 30 ราย แล้วสุ่มตัวอย่าง (Random Assignment) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย โดยวิธีจับฉลาก เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden interview) ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนา โดย Toonsiri et al. (2011) และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 3-5 สัปดาห์วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และสถิติที่ (t-test)

จากการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายคือผู้มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว 15 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยบริการสาธารณสุข 15 คนซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 45 – 64 ปี การศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษา ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 66.7) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุต่ำกว่า 45 ปี การศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.5) ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ (ร้อยละ 40) ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) เป็นบิดา มารดาของผู้ดูแลหลักทุกครอบครัวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการให้การช่วยเหลือไม่แตกต่างกัน

1.2 ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุ ระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 73.3) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุด ที่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 71.42) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.7), เบาหวาน (ร้อยละ 26.7) และในกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน (ร้อยละ 33.5) และ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.7) เช่นกันเมื่อจำแนกตามระดับภาระในการดูแลที่เกิดขึ้นพบว่าส่วนมากมีการรับรู้เป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง (Moderate burden) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงไม่พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจากข้อมูลส่วนบุคคลที่กล่าวมาทั้งหมดจึงเป็นปัจจัยที่ควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันที่จะบ่งถึงความเชื่อถือได้ในระดับหนึ่งของผลการทดลองในครั้งนี้

2. ผู้ดูแลหลักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติทั่วไปของหน่วยบริการสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้มีการพัฒนาตนเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและช่วยลดความรุนแรงของปัญหาได้ทำให้มองเห็นภาพทางบวกของตนเองร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง เกิดความเครียด (ชนิษฐา ชลาสนธิ, 2544) จากภาวะจากการดูแลโดยมีสมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุน

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแล หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) ที่แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับจากสมาชิกครอบครัว ที่มีการชี้แนะพฤติกรรมที่เหมาะสมตามบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สามี-ภรรยา ทำให้บุคคลเพิ่มความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองทำให้บุคคลลดความซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจเป็นการเพิ่มความรู้สึกลทางบวกในการเสริมสร้างสมรรถภาพจิตใจให้มีพลังในตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่กำหนดให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านเป็นรายบุคคล เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การเปิดเผยปัญหา และความรู้สึกที่แท้จริง หลังจากนั้นจึงร่วมกันค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านร่วมกับสมาชิกครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลด้วยตนเองร่วมกับสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลร่วมกับสมาชิกครอบครัวและที่มีสุขภาพ เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามวิธีที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพ จากปฏิกิริยาการสนองตอบของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อการดูแลที่ได้รับในเชิงบวกส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาสมรรถภาพจิตใจ เพิ่มความรู้สึกด้านบวกเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมจากการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการใช้ประโยคคำถามปลายเปิด “ใครคือบุคคลพิเศษในชีวิตที่ใส่ใจความรู้สึกมากที่สุด” เพื่อสะท้อนความรักใคร่ผูกพันระหว่างกันภายในครอบครัวและใช้แรงเสริมเป็นคำพูดเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแล อันจะมีผลต่อการลดภาวะการดูแลและมีทักษะในการทำ

ความเข้าใจกับปัญหามากขึ้น สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวแต่ละคน

ซึ่งในสังคมปัจจุบันการดูแลครอบครัวกลายเป็นความพยายามที่มีซับซ้อนและสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่สูงขึ้นสำหรับผู้ดูแล เช่น ความเครียดจากภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลบางคนสามารถจัดการกับภาระต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ดีในขณะที่สมาชิกในครอบครัวอีกหลายๆคนทำหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลสามารถจัดการการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นพร้อมกับช่วยในการหาข้อมูลที่มีความหลากหลายเพื่อร่วมกันตัดสินใจทางคลินิก ในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้ติดตามดูแลเป็นที่ปรึกษา และให้การสนับสนุนในบางกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลภาระการดูแลจึงลดลงหลังการทดลองเสร็จสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ผลการทดลองพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกายจิตสังคมสูงกว่าก่อนการทดลอง (สุภาพร แนวนบุตร, 2558) และผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังร่วมกับการให้คำปรึกษาในการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 310 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ และความพึงพอใจในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .02$ (Anderson, Funnell, Aikens, Krein, Fitzgerald, Nwankwo, Tannas & Tang, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่นำแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,933 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ด้วยตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนในด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายภาพเพิ่มขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก ส่งผลให้แนวโน้มในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น และการจัดโปรแกรมแก่ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้าน จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ศศิริญจ โพรเชียว, 2552)

นอกจากนี้ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะพร้อมพลังอำนาจด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ในระยะปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ทำการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแล พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยทุกรายมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยมีผู้ดูแลในครอบครัวให้การสนับสนุน (กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ, 2011) นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมด้านโภชนาการที่ดี (ไพบรมา กลิ่นนิรัญ, 2558) นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น ภาวะสมองเสื่อมที่บ้านจะได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม

ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบการณ์เครียดเรื้อรังอันเนื่องมาจากภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมและเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงควรได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพขณะเดียวกันสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) การดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ตามสมรรถนะร่วมกับสมาชิกในครอบครัวโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มความสามารถเพื่อการจัดการภาวะสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันนอกจากนี้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรมีผลให้ผู้ดูแลและครอบครัวยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับไรอัน (Ryan & Sawin, 2009) ที่พบว่า การแทรกแซง (intervention) ที่เน้นบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลทางตรงต่อการเพิ่มระดับความรู้ ความเชื่อ ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) เข้าถึงแหล่งอำนวยความสะดวกจากทางสังคม ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขให้ความสนใจในการพัฒนาการแทรกแซง (intervention) เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการจัดการภาวะสุขภาพ จึงต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมจัดการโรคในครอบครัวเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (ณัฐรพี ใจงาม, อรนุช ชูศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย และ รังสรรค์ มาระเพ็ญ)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า การให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวสามารถลดระดับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักในครอบครัวได้โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาระในการดูแลในระยะหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมพัฒนาสมรรถภาพจิตใจและเพิ่มความรู้สึกรับรู้ด้านบวกสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัวดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารของสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิควรให้การสนับสนุน ให้มีการนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้การดูแลครอบครัวได้มีคุณภาพ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล โปรแกรมพัฒนาสมรรถภาพจิตใจและเพิ่มความรู้สึกรับรู้ด้านบวกสามารถสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลชุมชนหรือการให้บริการ

วิชาการแก่สังคม เพื่อวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการ ปฐมภูมิควรมีการจัดกิจกรรมโดยนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้การดูแลสุขภาพครอบครัว (Family Health)

4. ด้านการวิจัย

4.1 งานวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษารวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ใช้รูปแบบการประเมินผล เพียง 2 ครั้ง คือก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรออกแบบการวิจัยในการวัดผลซ้ำหลังการทดลองเพื่อตรวจสอบความคงทนผลของโปรแกรมฯ ให้นำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างเหมาะสม

4.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมนี้นกับผู้ดูแลที่มีสมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจากสมาชิกครอบครัวสูง

สรุปผลการวิจัย

ในการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสิ่งที่จะสนับสนุนป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้นั้นควรจัดกิจกรรมการป้องกันในบุคคลวัยผู้ใหญ่ จากนั้นควรฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเพื่อฟื้นฟูและชะลอความเสื่อม ร่วมกับควรให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพเพื่อลดความเครียด/วิตกกังวลจากการที่ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ. (2011). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *KKU Res. J.*,16(4), 416-427.
- ชนิษฐา ชลาสนธิ, (2544). ผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. *ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- ณัฐรพี ใจงาม, อรุณช ชูศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, & รังสรรค์ มาระเพ็ญ. (2018). A Concept of Health Management for an Individual and Families Who Have Members with Chronic Diseases. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 27(3), 1-9.
- ดลฤทัย บุญชู, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วิไลวรรณ ทองเจริญและดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2558).ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *ว.พยาบาลสงขลานครินทร์*,35 (2), 61-77.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาลและทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*; 42 (พิเศษ)
- ธัญพร สมันตรัฐ. (2558).การใช้นิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ เพื่อส่งเสริมความจำแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*,31(2), 106-120.
- นภรรสสร กูรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา ตรงค์ฤทธิชัย. (2558).ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสาร มฉก.วิชาการ*,13, 105-115.
- นันทิกา ทวิชาชาติ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, พวงสร้อย วรกุล, บุรณี กาญจนถวัลย์, ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, ชุตินา หรัมเรืองวงษ์, งามอาจ เจริญสุข. (2552). โรคเครียดรุนแรงหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ของผู้รอดชีวิตจากคลื่นสึนามิ ในเขต 6 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 92 (3),420-429
- นริศรา พิงโพธิ์สภ, ฐาศุภร์ จันประเสริฐ.(2557). Factors correlating with Quality of Life among Thai Elderly: Research Synthesis by Meta-Analysis. *Journal of Behaviora; Science*, 20(1), 35-52

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5
กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด,
- ปีนมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อ
ความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง.วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(2),
45-50.
- ไพบรมา กลิ่นนิรภัย. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3(2). 213-230.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมใน
ประเทศไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58,101-110.
- พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2543).วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์,วิภาวี คงอินทร์, บุศรา หมื่นศรี. (2555). พยาบาล ม.อ.พัฒนาเกมส์และ
กิจกรรมส่งเสริมความจำชะลออัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก [http://w08.psu.ac.th/
node/4539](http://w08.psu.ac.th/node/4539)
- วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์
เสถียรนพเกล้า, กนิษฐา ไทยกล้า. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการ
ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพฯ : เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด.
- วรากร เกரியงไกรศักดิ์ตา และเสรี ชัดเข้ม. (2555). การประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ใน
การพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น.
วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, 10(1),11-25.
- วรวิมล รมัไพร.(2559). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยสองเสื่อมที่คลินิก
โรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาขาวิชา
สุขภาพจิต), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา อันตาราและคณะ. (2559). การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรค
สมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหาร
อากาศ.วารสารพยาบาลตำรวจ, 8 (1), 20-33.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.วารสารมหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 27(14). 137-150.
- รัถยานภิศ พละศึก และ เบญจวรรณ ถนอมชัยธวัช. (2560).ตัวแบบของครอบครัวในการดูแล
ผู้สูงอายุ.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,4(3),135-150.

- รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒมา และนันทวรรณ สุวรรณรูป. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29 (1); 51-61.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริภาณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2556). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิรัฐญ์ ไพโรเขียว .(2552). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนโนนแดง นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สาธิตา แรกคำนวณ.(2554). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลจิตเวช), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา. *Journal of Nursing and Health Science*. 9(3),4-22.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542).หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2018). ปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุสมองเสื่อม. สืบค้นจาก <http://psychiatry.or.th/home/index.php/psyarticles/60-news7>
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์ (2557).ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม.วารสารสภาการพยาบาล, 29 (4) 22-31.
- สิริพร มีนะนันท์. (2552). โรคอัลไซเมอร์: Alzheimer's disease AD. *Health Intervention and Technology Assessment Program*, 2(6), 5-7.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). ประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามหมวดอายุเป็นรายอำเภอ จังหวัดปทุมธานี. [ออนไลน์] สืบค้นจาก http://pathumthani.old.nso.go.th/nso/project/search/result_by_department.jsp.
- เสาวนีย์ วรรณระออ, พรทิพย์ มาลาธรรม และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2555).แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 18 (3), 372-388.

อินทุกานต์ กุลไวย. (2552) ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคมกับความ
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/ปทุมธานี.

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Alvarez-Ude, F., Valdés, C., Estébanez, C., &Rebollo, P. (2004). Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients. *Journal of Nephrology*, 17(6), 841-850.
- Alzheimer's Association. (2017). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 13(4), 325-373.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Aikens, J.E., Krein, S.L., Fitzgerald, J.T., Nwankwo, R., Tannas, C.L., Tang, T.S.(2009). Evaluating the Efficacy of an Empowerment-Based Self-Management Consultant Intervention: Results of a Two-Year Randomized Controlled Trial. *Ther Patient Educ*. 1(1), 3-11.
- Antonio, H.L., Steven, W.K., & Jonathan, D.W. (2009). Encoding of gustatory working memory by orbitofrontal neurons, *Journal Neurosci*, 29(3), 765-774.
- Baddeley, A.D. (2002). The psychology of memory. Retrieved from:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.411.4562&rep=rep1&type=pdf#page=21>.
- Bährer-Kohler, S., & Krebs-Roubicek, E. (2009). Chronic disease and self-management—aspects of cost efficiency and current policies. In *Self Management of Chronic Disease* (pp. 1-13): Springer.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., &Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Boonyamalik P. (2005). Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Roles of perceived life stress , depressive symptom and substance use. (Dissertation). Johns Hopkins University.
- Creer, TL. (2000). Self management of chronic illness. Retrieved from
<http://cachescan.bcub.ro/e-book/E1/580704/601-649.pdf>
- Chang, J. Y., Tsai, P.-F., Beck, C., Hagen, J., Huff, D. C., Anand, K., . . .Beuscher, L. (2011). The effect of tai chi on cognition in elders with cognitive impairment. *Medsurg Nursing*, 20(2), 63.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
- Eliopoulos, C. (2013). *Gerontological nursing*: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259.
- House, J. S. (1987). *Social support and social structure*. Paper presented at the Sociological forum.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(1), 293-318.
- Jain, K.K. (2006). Neurology of ageing. Retrieved from <http://www.medlink.com>.
- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 574-580.
- Lawrence, C.K. (2010). *Keep Your Brain Alive : 83 Neurobic Exercises to Help Prevent Memory Loss and Increase Mental Fitness*. University Medical Center, Durham, North Carolina.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- Martin, F., Turner, A., Wallace, L. M., & Bradbury, N. (2013). Conceptualisation of self-management intervention for people with early stage dementia. *European Journal of Ageing*, 10(2), 75-87.
- Mayo Clinic. (2019). Dementia. Retrieved from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>
- McDougall, G. J. (2000). Memory improvement in assisted living elders. *Issues in mental health nursing*, 21(2), 217-233.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 19-26.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *The British Journal of Psychiatry*, 138(4), 332-335.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological medicine*, 15(2), 383-393.

- Poulshock. W., Demling, G. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of gerontology*, 39, 230-39.
- Raggi, A., Iannaccone, S., Marcone, A., Ginex, V., Ortelli, P., Nonis, A., . . .Cappa, S. F. (2007). The effects of a comprehensive rehabilitation program of Alzheimer's disease in a hospital setting. *Behavioural Neurology*, 18(1), 1-6.
- Robert J. Havighurst. (1971). *Developmental Tasks and Education*, Third Edition. New York: Longmans, Green
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*, 57(4), 217-225. e216.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- Thompson, E.H., Futterman A.M., Gallagher-Thompson D, Rose J.M., Lovett, S.B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal Gerontol*, 48(5), S245-54.
- Toly, V. B., Musil, C. M., & Carl, J. C. (2012). Families with children who are technology dependent: normalization and family functioning. *Western journal of nursing research*, 34(1), 52-71.
- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of nursing and education*, 4(1), 62-75.
- WHO. (2005). Preventing chronic disease, a vital investment: WHO global report. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2017). Dementia. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Yu, F., Joseph E., Kathleen W., Jean F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care*. 47(2), 191-198.
- Zanetti et al., (2002). Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. *Age Ageing*, 31, 193-196.

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พว. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Asst. Dr. RN Sresuda Wongwisukul

ตำแหน่งปัจจุบัน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

204/ 3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์

ถ.สิรินธร เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ฯ 10700

โทรศัพท์ 02-423-9461, 089 -927-2324 โทรสาร 02-423-9466

E mail: sresuda_won@dusit.ac.th

ประวัติการศึกษา

ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ศิลปศาสตรบัณฑิต (ภาษาอังกฤษ) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

อนุปริญญาพยาบาลและอนามัย และประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวรุ่งนภา ป้องเกียรติชัย

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Rungnapa Pongkiatchai

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำ

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ

ที่อยู่ 204/3 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ ถ.สิรินธร

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ฯ 10700 โทรศัพท์ 02-4239463

โทรสาร 02-4239469 E mail: rung_10@yahoo.com

โทรศัพท์มือถือ 082-4454565

ประวัติการศึกษา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายวิวินท์ ปุระณะ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Wiwin Purana

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์ประจำ

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ ถ.สีรินธร

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239469 โทรสาร 02-4239466

โทรศัพท์มือถือ 085-459-3420 E-mail: wiwinpurana@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ดร. อรนุช ชุศรี

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Dr. Orranuch Chusri

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์ประจำ

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ ถ.สีรินธร

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239469 โทรสาร 02-4239466

โทรศัพท์มือถือ 086 3756615 E-mail: orranuch2004@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาการพยาบาลครอบครัว) มหาวิทยาลัยบูรพา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 4

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายปณวัฒน์ สันประโคน

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Panawat Sunprakhon

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์ประจำ

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษามหาชราลลวงกรณ์ ถ.ลลลลลล

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239469 โทรสาร 02-4239466

โทรศัพท์มือถือ 099-6984986 E-mail: panawat.san@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 5

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางศิริพร นันทเสนีย์

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Siriporn Nantasenee

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษามหาชราลลวงกรณ์ ถ.ลลลลลล

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239465 โทรสาร 02-4239466

โทรศัพท์มือถือ 089-145-9505 E-mail: s_ntsn@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล

ครุศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครุศาสตรบัณฑิต (ภาษาอังกฤษ) สถาบันราชภัฏจันทรเกษม

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

วชิรพยาบาล

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 6

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางอริยา ดีประเสริฐ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs Ariya Deeprasert

ตำแหน่งปัจจุบัน: อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เลขที่ 204/3 อาคาร 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ์ ถ.สีรินธร

เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 02-4239465 โทรสาร 02-4239466

โทรศัพท์มือถือ 087-4545927 E-mail: deeariya@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า