

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและ
การปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
Effects of Empowerment Program on Power Perception and Caregiving
Practice among Caregivers of Older Persons with Dementia.

ประภา ชีวีโรจน์, * พย.ม.
รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, ** Ph.D
รวีวรรณ เผ่ากัณหา, *** กศ.ด.
วารี กังใจ, *** พย.ด.

Prapa Cheewirote, M.N.S.
Rarcharneeporn Subgranon, Ph.D.
Rawewan Paokanha, Ed.D.
Waree Kangchai, D.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ
ศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลัง
อำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัว
ที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ซึ่งมารับ
บริการที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาล
สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี
ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551
จำนวน 14 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม กลุ่มละ 7 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการทาง
สุขภาพตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเสริม
สร้างพลังอำนาจที่บ้านเป็นรายบุคคลตามขั้นตอนที่
กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์
การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนการทดลอง
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลอง
เสร็จสิ้น 1 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การ
วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำแบบหนึ่ง
ตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และ
การเปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธีของนิวแมนคูสต์

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการ
ทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1
เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ($F_{1,36} = 130.63$ และ $F_{1,36} = 138.15$ ตาม
ลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจก่อนการ
ทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม
ทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจก่อน
การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลัง
การทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,12} = 227.45$) โดยหลัง
การทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1
เดือนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อน
การทดลอง ส่วนหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่

* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,36} = 72.76$ และ $F_{1,36} = 74.47$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,12} = 159.07$) โดยหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้พลังอำนาจ การปฏิบัติการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This research was a two-groups repeated measure experimental research and aimed to examine the effects of empowerment program on power perception and caregiving practice among caregivers of older persons with dementia. The subjects were caregivers of older persons with moderate dementia treated at dementia clinic in Psychiatry Department of Queen Sawang Wadhana Memorial Hospital, Chonburi

Province from January to December 2008. Fourteen caregivers of older persons with moderate dementia were randomized into control and experimental groups. The control group received regular training while the experimental group received empowerment program by individual at home. The instruments were the power perception interview and the caregiving practice interview, which conducted in pre-experimental period, immediately after the experiment and one month after the experiment. The statistical devices for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, analysis of variance with repeated measures: one between - subjects variable and one within-subjects variable, and Newman-Keuls method.

The results of the study were as follows:

1. The mean scores on power perception in the experimental group during immediately after the experiment and one month after the experiment were higher than those of participants in the control group at the .05 level of significance ($F_{1,36} = 130.63$ and $F_{1,36} = 138.15$ respectively), but those of the period of pre-experimental did not differ. When compare within experimental group shown that the mean scores on power perception in pre-experimental period, immediately after the experiment and one month after the experiment were diverge at the .05 level of significance ($F_{2,12} = 227.45$) by the mean scores on power perception during immediately after the experiment and one month after the experiment

were higher than those of pre-experimental period but those of the period of immediately after the experiment did not differ from those of one month after the experiment.

2. The mean scores on caregiving practice in the experimental group during immediately after the experiment and one month after the experiment were higher than those of participants in the control group at the .05 level of significance ($F_{1,36} = 72.76$ and $F_{1,36} = 74.47$ respectively), but those of the period of pre-experimental did not differ. When compare within experimental group shown that the mean scores on caregiving practice in pre-experimental period, immediately after the experiment and one month after the experiment were diverge at the .05 level of significance ($F_{2,12} = 159.07$) by the mean scores on caregiving practice during immediately after the experiment and one month after the experiment were higher than those of pre-experimental period but those of the period of immediately after the experiment did not differ from those of one month after the experiment.

From the results of this study, it is suggested that the empowerment program for caregivers of older persons with dementia should be applied to appropriate context in order to improve quality of life for older persons with dementia and caregivers.

Key words : Empowerment, power perception, caregiving practice, caregiver of older person, dementia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้มนุษย์มีชีวิตรยืนยาวขึ้น ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญอันดับต้นที่ทั่วโลกกำลังประสบอยู่และจะทวีความรุนแรงเมื่อประชากรมีอายุมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณ 5.3 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จำนวนจะเพิ่มเป็น 11-16 ล้านคน ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อาจมีมูลค่ามากถึง 172,000 ล้านดอลลาร์และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Alzheimer's Association, 2010) เช่นเดียวกับประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน (สิริพร มีนะนันท์, 2552) ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในวัยสูงอายุ เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของเปลือกสมองอย่างช้าๆ แต่ถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ตลอดจนการดูแลตนเองในที่สุด ด้วยระยะเวลาการดำเนินโรคนานเฉลี่ย 3-15 ปี นับตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย (Landefeld, Palmer, Johnson, Johnston & Lyons, 2004) กอปรกับยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด ทำได้แต่เพียงการประคับประคอง ภาระหนักจึงตกแก่ผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวประมาณร้อยละ 70-80 (Alzheimer's Association, 2010)

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมากเมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt & Schulz, 1999) โดยพบว่า มีอาการ

ปวดหลัง อ่อนเพลีย มีปัญหาสุขภาพกายเพิ่มขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันโรคลดลง เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ รู้สึกอับอาย โกรธ โดดเดี่ยว มีความเครียดและบางครั้ง รู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ท้อแท้ มีอาการ ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม อาจต้องเปลี่ยนรูปแบบการทำงานหรือพักงาน ซึ่งส่งผลให้มีรายได้ลดลง บางรายเกิดปัญหาหนี้สินตามมาจนในที่สุดเกิดความขัดแย้งในครอบครัว (รัชฎา รักษานาม, 2543; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; Chang, Nitta, Carter & Markham, 2004; Mace & Rabins, 2006; Mass et al., 2004) จากภาระงานอันท่วมท้นจึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ หากขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้ดูแลไม่สามารถอดทนต่อปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความพยายามที่จะให้การดูแลต่อไป ละเลย ทอดทิ้ง หรืออาจเกิดการกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2546) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมาก สำหรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เนื่องจากวัฒนธรรมของสังคมไทยยึดถือบรรทัดฐาน ความกตัญญูคุณเวทิตา และเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องปฏิบัติต่อบุพการี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2546) ที่ระบุว่าบุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นครอบครัว และชุมชนเป็นสถาบันหลักที่ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น ต้องใช้ทั้งเวลา พลังกาย พลังใจ ความอดทน ความเสียสละ นอกจากนั้นหากผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนและแสดงอาการวุ่นวาย ก้าวร้าวมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ส่งผลให้คุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิต ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2546;

Landefeld et al., 2004) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัว จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อให้คงบทบาท การดูแลตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินโรคว่าจะสมองเสื่อมที่ยาวนาน

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งประเด็นไปที่การลดทุกขภาวะ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิตโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การให้คำปรึกษา ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด อาชีวบำบัด (อาภรณ์ สุวรรณเกษงาเลิศ, 2547; อุษา จารุสวัสดิ์, 2548; อรวรรณ แพนคง, 2547; Belle et al., 2006; Dias et al., 2008; Gitlin, Winter, Dennis & Hauck, 2007; Ostwald, Hepburn & Burns, 2003) ส่วนแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นมีการนำมาปรับใช้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรก โดยการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ดีขึ้น มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีกำลังใจต่อสู้กับชีวิตที่มีดมน (Bryer, 2004) และมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและเกิดแนวคิดเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Che, Yeh & Wu, 2006) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ศศิมา วัฒนา, 2548) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต มีความมั่นใจในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจทั้งของตนเองและผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเห็นว่าแนวคิดการเสริม

สร้างพลังอำนาจมีความเหมาะสมที่จะนำมาเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการบำบัดทางการพยาบาลโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบบสัน (Gibson, 1993) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ถึงพลังอำนาจซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพรวมทั้งมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือคลินิกสมองเสื่อมสามารถนำไปประยุกต์ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยมีเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพจนวาระสุดท้ายของชีวิต

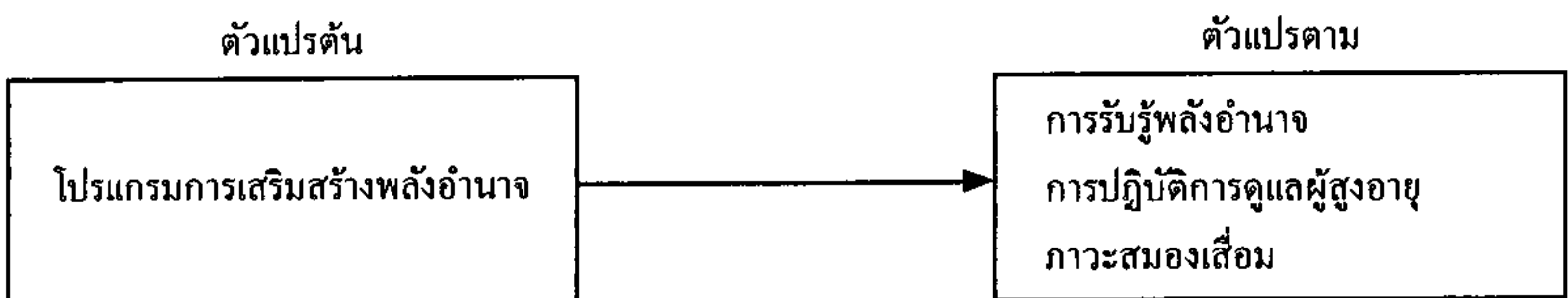
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบบสัน (Gibson, 1993) เป็นกรอบแนวคิด โดยกิบบสัน กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจเพื่อสร้างพลังอำนาจในการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในตนเอง ซึ่งกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ดูแล 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนต่างๆ มีลักษณะของความเป็นพลวัตอย่างต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น รับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ และสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองได้ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพได้ดีมากยิ่งขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำ (repeated measures design : two groups) 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรงระดับปานกลาง ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2551

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างเลือกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ตามลำดับดังนี้

1. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.2 มารับบริการตรวจรักษาที่ คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1.3 ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจากจิตแพทย์ร่วมกับการใช้เกณฑ์ Clinical Dementia Rating (CDR) ที่มีความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมระดับปานกลาง

1.4 ไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง (severe medical condition) และไม่มีโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability)

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมี

คุณสมบัติดังนี้

2.1 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2.2 มีความสามารถในการรับรู้ สื่อความหมาย เข้าใจและสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

2.3 เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในฐานะ สามี ภรรยา บุตร หลาน พี่น้อง ลูกสะใภ้ และหลานสะใภ้ เป็นต้น

2.4 เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนการดูแลในรูปแบบของค่าจ้าง

2.5 ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน

2.6 มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กำหนดโดยอิงเกณฑ์ของการใช้สถิติ repeated measures analysis of variance ที่ระบุว่า สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยได้ ซึ่งตามหลักฐานที่ปรากฏพบว่า ใช้ได้ตั้งแต่ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 6 ราย ขึ้นไปต่อ 1 กลุ่ม (Munro, 2005) เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนจำกัด ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 14 ราย แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 7 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากผ่านการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคก่อนการเริ่มทดลองปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นชุดของคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแล โรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแล และแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาในปัจจุบัน

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของ ศรีรัตน คุ่มสิน (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปลผลโดยคิดคะแนนรวมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-52 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำ 53-106 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง 107-160 หมายถึง การรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับ

สูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า content validity index เท่ากับ .92 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

2.3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย แปลผลโดยคิดคะแนนรวมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-39 หมายถึง การปฏิบัติกรดูแลอยู่ในระดับต่ำ 40-79 หมายถึง การปฏิบัติกรดูแลอยู่ในระดับปานกลาง 80-100 หมายถึง การปฏิบัติกรดูแลอยู่ในระดับดี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า content validity index เท่ากับ .90 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับงานวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาเรียบร้อยแล้ว ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และสิทธิการเข้าร่วมงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

แต่อย่างไร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยผ่านการฝึกการใช้แบบสัมภาษณ์ภายใต้การแนะนำของผู้วิจัยเพื่อความเข้าใจเนื้อหาสาระของข้อคำถามได้ตรงกัน

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้ระยะเวลารวม 4 สัปดาห์ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ดูแลที่บ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-วันที่ 1 และ วันที่ 2) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พร้อมทั้งค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง และสะท้อนคิดปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบจากการดูแลต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นการทบทวนเหตุการณ์ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ แสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาและให้อำนาจผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเองโดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำแนะนำและเป็นผู้สนับสนุนพร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านแก่ผู้ดูแลเพื่อใช้ศึกษาหาความรู้ประกอบการตัดสินใจ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการแก้ไขปัญหาและวิเคราะห์ปรับปรุงหาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ กรณีผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลได้ดี ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชย และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและเป็นผู้สนับสนุน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องพร้อมเก็บข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ส่วนหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ติดตามเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับบริการทางสุขภาพตามปกติที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โดยมีแพทย์และพยาบาลให้ความรู้โดยการพูดคุยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามที่คุณดูแลซักถามเมื่อมีปัญหาในการดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ดูแลที่บ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 1 สัปดาห์ก่อนการทดลองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง ส่วนข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ติดตามเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ คะแนนการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อน

การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ สองทางวัดซ้ำ (two-way analysis of variance with repeated measures) แบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (one between-subjects variable and one within-subjects variable) (Howell, 2007) และทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยใช้สถิติการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ (multiple comparisons) ด้วยวิธีของ นิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) เมื่อพบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ถึงอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะเวลาของการทดลอง

ผลการวิจัย,

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 85.71) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 57.14) การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ปัจจุบันประกอบอาชีพงานบ้าน (ร้อยละ 57.14) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 57.14) รวมระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 1-3 ปี (ร้อยละ 57.14) และใน 1 วันใช้เวลาในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทุกคน ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ

71.43) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 85.71) มีผู้ช่วยในการปฏิบัติการดูแล (ร้อยละ 71.43) ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.14) และทุกคนมีแหล่งในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุมจำนวน 7 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.14) มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 42.86) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.71) การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.85 และ ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) ปัจจุบันประกอบอาชีพงานบ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.85 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน >20,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 85.71) รวมระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 1-3 ปี (ร้อยละ 71.42) และใน 1 วัน ใช้เวลาในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 85.71) เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 85.71) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นบุตร(ร้อยละ 57.14) มีผู้ช่วยในการปฏิบัติการดูแล (ร้อยละ 71.43) ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.14) และทุกคนมีแหล่งในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

2. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองจำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 85.71 และ 14.29 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ระยะเวลาของ

การเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 ปี (ร้อยละ 71.43) และ ปัจจุบันทุกคนรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 71.43 และ 28.57 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 71.42) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ระยะเวลาของ

การเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 ปี (ร้อยละ 71.42) และ ปัจจุบันทุกคนรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 14)

กลุ่ม/เวลา	ก่อนการทดลอง			หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที			หลังทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน		
	\bar{X}	SD	F	\bar{X}	SD	F	\bar{X}	SD	F
กลุ่มทดลอง	95.00	7.33	0.20	135.29	6.45	130.63*	134.29	6.58	138.15*
กลุ่มควบคุม	96.57	7.85		95.00	6.48		92.86	4.34	

* p < .05

4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2 จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาภายในกลุ่มโดยการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธีนิวแมน-คูลส์

(Newman-Kuels) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ดังตารางที่ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลาต่างๆของกลุ่มทดลอง

Source	df	SS	MS	F
กลุ่มทดลอง				
Between subjects	6	635.90		
Interval	2	7,390.38	3,695.19	227.45*
Error	12	194.95	16.25	
Total	20	8,221.24		

* p < .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเป็นรายคู่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels)

Mean	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
	95.00	134.29	135.29
95	—	39.29*	40.29*
134.29		—	1.00
135.29			—
r		2	3
q.95 (r, 12)		3.08	3.77
SQR (MSerror/n) q.95 (r, 12)		4.69	5.74

* p < .05

5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1

เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม/เวลา	ก่อนการทดลอง			หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที			หลังทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน		
	\bar{X}	SD	F	\bar{X}	SD	F	\bar{X}	SD	F
กลุ่มทดลอง	73.00	3.11	0.25	96.29	5.82	72.76*	96.00	7.07	74.47*
กลุ่มควบคุม	74.43	6.48		71.86	4.67		71.29	3.86	

* p < .05

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5 จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาภายในกลุ่มโดยการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธีนิวแมน-คูลส์

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ดังตารางที่ 6 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลาต่างๆของกลุ่มทดลอง

Source	df	SS	MS	F
กลุ่มทดลอง				
Between subjects	6	467.14		
Interval	2	2,499.71	1,249.86	159.07*
Error	12	94.29	7.86	
Total	20	3,061.14		

* $p < .05$

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเป็นรายคู่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยเปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธี นิวแมน-คูลส์

Mean	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
73	73.00	96.00	96.29
96	—	23.00*	23.29*
96.29	—	—	0.29
r		2	3
q.95 (r, 12)		3.08	3.77
SQR (MSerror/n) q.95 (r, 12)		3.26	3.99

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจไม่แตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

(Gibson, 1993) ที่กล่าวว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่แล้วเป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจเพื่อสร้างพลังอำนาจในการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในตนเอง” (Gibson, 1993, p. 298) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นเป็นตอนตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านเป็นรายบุคคล เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัย

สำคัญนำไปสู่การเปิดเผยปัญหา และความรู้สึกที่แท้จริง หลังจากนั้นจึงร่วมกันค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านในขณะเดียวกันผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการใช้ประโยคคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ดูแลคิด ทบทวนสถานการณ์ต่างๆ และแสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรมการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเอง ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหามากขึ้น สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ร่วมกับผู้วิจัยได้เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและตนเอง ในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้ติดตามดูแล ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งเป็นผู้สนับสนุน ในบางกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติดูแล ร่วมกับการมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านไว้ เพื่อเป็นสื่อประกอบการค้นหาความรู้เพิ่มเติม จากการทำผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และให้อำนาจผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตน เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการแก้ปัญหาที่นั้น โดยให้แรงเสริมบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นที่สามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และตนเองได้ ซึ่งความคงทนของการรับรู้พลังอำนาจยังคงมีต่อเนื่องมาในระยะติดตามผล 1 เดือน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้น

1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) ที่มีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นรายบุคคล จำนวน 20 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน และผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาในการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 310 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจ และความพึงพอใจในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .02$ (Anderson et al, 2009)

2. ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลไม่แตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับผู้วิจัยในการค้นหาปัญหา คิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผลกระทบจากการดูแลที่มีต่อตนเอง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้อำนาจผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติดูแลด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลร่วม

กับทีมสุขภาพ เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามวิธีที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพด้วยความผูกพัน ความใกล้ชิดจากการปฏิบัติดูแล ปฏิบัติการสนองตอบของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนยังคงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,933 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ด้วยตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนในด้านการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นภายในระยะเวลา 8 เดือนแรก ส่งผลให้แนวโน้มในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น (Welschen, 2008) และการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้าน จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ศศิริณัฐ ไพโรเขียว, 2552)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารของสถานบริการทางสุขภาพทั้งระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล-กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน

2. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน หรือการให้บริการวิชาการแก่สังคม ส่วนนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะศูนย์บริการสุขภาพชุมชนควรมีการจัดกิจกรรมโดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพของตนเองรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองได้ดียิ่งขึ้น

4. งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา โดยใช้เวลาในการศึกษารวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนเท่านั้น ดังนั้น ในการวางรูปแบบการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพิจารณาเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลซ้ำเพื่อตรวจสอบความคงทนผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้สุดท้ายขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

เตือนใจ กักดีพรหม. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชฎา รักษานาม. (2543). สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1 (4), 31-37.

วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2546). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4 (1), 10-19.

ศิริพันธุ์ สาตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีรัตน์ กุ่มสิน. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก็อปปี.

ศศิมา วัฒนา. (2548). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศศิรัญจ โพรเขียว. (2552). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านต่อการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2546). สมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสมองเสื่อม ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 1-10.

สิริพร มินะนันท์. (2552). อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ. *Health intervention and technology assessment program*, 2 (6), 5-7.

อาภรณ์ สุวรรณเกษญาติ. (2547). ประสิทธิภาพของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อุษา จารุสวัสดิ์. (2548). ภาวะความเครียดและผลการให้คำปรึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม. วารสารกรมการแพทย์, 30(10), 510-514.

อรวรรณ แพนคง. (2547). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล

ผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

Alzheimer's Association. (2010). *Alzheimer's disease facts and figures 2010*, Retrieved March 27, 2010, from http://www.alz.org/alzheimers_disease_facts_figures.asp

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. *Therapeutic Patient Education*, 1 (1), 3-11.

Belle, S. H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S. J., Thompson, D. G., Gitlin, L.N., Klinger, J., Koepke, K.M., Lee, C.C., Matindale-Adams, J., Nichols, L., Schulz, R., Stahl, S., Stevens, A., Winter, L., & Zhang, S. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups. *Annals of Internal Medicine*, 145 (10), 727-738.

Bryer, D. (2004). *Empowerment groups: An adventure in early stage programming*. The Missouri Coalition of Alzheimer's Association Chapters, Alzheimer's Association.

Chang, B. L., Nitta, S., Carter, P. A., & Markham, Y.K. (2004). Perceived helpfulness of telephone calls: Providing support for caregivers of family members with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (9), 17-21.

Che, H. L., Yeh, M. L., & Wu, S.M. (2006). The self-empowerment process of pri-

mary caregivers: A study of caring for elderly with dementia. *Journal of Nursing Research*, 14 (3), 209-217.

Chodosh, J., Vassar, Mittman, B.S., Connor, K. I., Vassar, S. D., Lee, M. L., DeMonte, R. W., Ganiats, T. G., Heikoff, L. E., Rubenstein, L. Z., Della Penna, R. D., & Vickrey, B. G. (2007). Caring for patients with dementia : How good is the quality of care? Results from three health systems. *Journal of The American Geriatrics Society*, 55 (8), 1260-1268.

Dias, A., Dewey, M.E., D'Souza, J., Dhume, R., Motghare, D.D., Shaji, K.S., Menon, R., Prince, M., & Patel, V. (2008). The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: A randomized controlled trial from Gao, India. *The Public Library of Science ONE*, 3 (6), 1-7. Retrieved February 3, 2010, from PubMed Central database.

Duthie, E. H., Katz, P. R., & Malone, M. L. (2007). *Practice of geriatrics* (4th ed.). United states of America: Saunders.

Gibson, C.H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children*. Doctoral dissertation, School of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College.

Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., & Hauck, W.W. (2007). A non-pharmacological intervention to manage behavioral and psychological symptoms of dementia and reduce caregiver distress: Design and methods of project ACT. *Clinical Interventions in Aging*, 2 (4), 695-703.

Howell, D. C. (2007). *Statistic methods for psychology* (6th ed.). Australia: Thomson Wadsworth.

Lach, H. W., & Chang, Y. P. (2007). Caregiver perspectives on safety in home dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (8), 993-1014.

Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Johnson, M. A., Johnston, C. B., & Lyons, W. L. (2004). *Current geriatric diagnosis & treatment*. Singapore: McGraw-Hill.

Mace, N. L., & Rabins, P. V. (2006). *The 36-hour day: A family guide to caring for people with Alzheimer disease, other dementias, and memory loss in later life* (4th ed.). The United States of America: Johns Hopkins.

Mass, M. L., Reed, D., Park, M., Specht, J. P., Schutte, D., Kelley, L. S., Swanson, E. A., Trip-Reimer, T., & Buckwalte, K. C. (2004). Outcomes of family involvement in care intervention for caregivers of individuals with

dementia. *Nursing Research*, 53(2), 76-88.

Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J.L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39 (2), 177-188.

Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., & Burns, T. (2003). Training family caregivers of patients with dementia: A structured workshop approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (1), 37-44.

Sorrentino, S. A., & Gorek, B. (2007). *Mosby's textbook for long-term care nursing assistants* (5th ed.). Canada: Mosby.

Welschen, L. (2008). Disease management for patients with type 2 diabetes: Towards patient empowerment. *International Journal of Integrated Care*, 8 (22), 1-2.