

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ทำการสำรวจอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมแล้วพบว่า มีประมาณร้อยละ 2-4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นเท่าตัวตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 5 ปี (จักรกฤษ สุขยิ่ง, 2545) สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่พบสถิติที่แน่นอน แต่ได้มีการสำรวจไปยังชุมชนต่าง ๆ พบอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมในวัยสูงอายुर้อยละ 2-10 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปัจจุบันประมาณ 160,000 คน เป็น 500,000 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2545) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มองเห็นถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งตัวผู้สูงอายุ ผู้ที่ให้การดูแล รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจระดับประเทศที่จะตามมา เนื่องจากพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงถึง 20,000 ถึง 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2545)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่บกพร่องในด้านสติปัญญาและความจำซึ่งยังไม่มีวิธีการใดสามารถรักษาให้หายได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมต้องประสบกับปัญหาทั้งในเรื่องของ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทักษะในการติดต่อสื่อสารลดลง รวมถึงความบกพร่องเกี่ยวกับการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ (วิทย์ เทียงบูรณธรรม และเกษม เทียงบูรณธรรม, 2543) จึงมีผลให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดความวิตกกังวลกับความบกพร่องของตนเองและมีความรู้สึกไม่พึงพอใจและรู้สึกโกรธเมื่อไม่สามารถบ่งบอกถึงความต้องการของตนเองได้ ทำให้แสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (behavioral disturbance) ออกมา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวที่พบได้ทั้งทางด้านร่างกายหรือทางคำพูด อาการวุ่นวายสับสน และอาการหลงทาง เป็นต้น (Cohen-Mansfield, 2001) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับอุบัติเหตุได้ง่าย มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพตามมารวมไปถึงปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาในระยะยาว (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2542 ; Hamdy, Turnbull, & Lancaster, 1994)

ด้วยเหตุนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความจำเป็นที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือคือ ผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภททั้งที่เป็นทางการ (formal caregiver) และที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) (รุจา ภูโพบูลย์, 2540) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่บ้าน ร้อยละ 75 (Joan, 1999) ดังนั้นในที่นี้จึงหมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยที่ไม่ได้รับรางวัลตอบแทน และจากการสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบมากถึงร้อยละ 80 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลคือ มีเวลาว่าง ไม่มีภาระ มีความผูกพันกับผู้ป่วย สำนึกในหน้าที่ และความกตัญญูคดเวทิตที่เป็นไปตามขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดติดต่อกันมา (รัชฎา รักษานาม, 2543)

ผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ติดอกติดใจ การดูแลคือ เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูคดเวทิตและเกิดความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน (รัชฎา รักษานาม, 2543 ; Yin, Zhou, & Bashford, 2002) อย่างไรก็ตามยังพบว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยากยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีความบกพร่องทางด้าน การสื่อสารและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือต่อวันค่อนข้างมากและยาวนาน (รัชฎา รักษานาม, 2543 ; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) โดยพบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย 8-10 ปีนับตั้งแต่เกิดโรค (Rempusheski & Hurley, 2000) สิ่งเหล่านี้เป็นงานที่ค่อนข้างหนักจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า และร่างกายทรุดโทรม เกิดความรู้สึกผิด ระดับความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต มีปัญหาค่าใช้จ่ายภายในบ้าน รู้สึกเครียด และความผาสุกในชีวิตลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545 ; Gwyther & George , 1986 ; Toseland, 2001 ; Dibartolo, 2002) ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความรู้สึกกับสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ว่าเป็นภาระต่อตนเอง

ภาระ (burden) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับ อารมณ์ สุขภาพร่างกาย ชีวิตในสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการดูแล (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) ความรู้สึกมีภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนี้ เป็นความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ถ้าบุคคลใดมีความรู้สึกดังกล่าวมากกว่าความรู้สึกทางบวกก็จะแสดงถึงความผาสุกในชีวิตที่ลดลง และจากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีภาระมีผลโดยตรงต่อความผาสุกในชีวิต (Chappell & Reid, 2002) โดยสาเหตุใหญ่ของความรู้สึกมีภาระ และความผาสุกในชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลนั้น เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะ

สมองเสื่อม และรูปแบบหรือวิธีการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง (รัชฎา รักษานาม, 2543 ; ศิริพันธ์ สุาสัตย์, 2543 ; วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545 ; Gwyther & George , 1986) ด้วยเหตุนี้จึงก่อให้เกิดความกดดันภายในจิตใจต่อผู้ดูแลและอาจส่งผลกระทบต่อที่ย้อนกลับมายังผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ โดยจะพบว่าผู้สูงอายุถูกทะเลຍในการดูแล (ศิริพันธ์ สุาสัตย์, 2543) อีกทั้งได้รับกระทบเทือนทางจิตใจ หรือได้รับการดูแลที่มีการจำกัดกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Restraint) และการใช้ยาในการลดพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Bridges et al., 1991 ; Castle & Mor, 1998; Rydin et al., 1998 cited in Talerico et al., 2002) ซึ่งการดูแลด้วยวิธีการดังกล่าว เป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้สูงอายุอาจได้รับอุบัติเหตุได้ง่าย ด้วยเหตุนี้จึงควรหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดความรู้สึกมีภาระและส่งเสริมให้เกิดความพอใจในชีวิต

รูปแบบในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาในต่างประเทศส่วนใหญ่พบในรูปแบบของกลุ่มให้ความรู้ร่วมกับการช่วยเหลือจากเพื่อน ร้อยละ 93 นอกจากนี้ยังพบรูปแบบของการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม การจัดสถานพักผ่อน และรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียด (Yin, Zhou, & Bashford, 2002) ส่วนในประเทศไทยนั้น ได้มีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยสรุปพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการได้รับความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะสมองเสื่อม และต้องการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ประกอบกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมา นั้น เป็นการลองผิดลองถูก ซึ่งยังไม่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรหาวิธีการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลทั้งในด้านของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม วิธีการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (รัชฎา รักษานาม, 2543 ; ศิริพันธ์ สุาสัตย์, 2543 ; วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะลดความรู้สึกมีภาระและเพิ่มความพอใจในชีวิตแก่ผู้ดูแล โดยนำกลวิธีของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเข้ามาจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแล ซึ่งพบว่ากลวิธีกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถที่จะเพิ่มในด้านของความรู้ความสามารถไปพร้อมกับการส่งเสริมทางด้านจิตสังคมของผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ และให้การยอมรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ทั้งยังเพิ่มความมั่นใจทำให้กล้าที่จะเผชิญกับปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหา โดยผู้ดูแลจะได้รับแนวทางจากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มที่มาร่วมปรึกษาหารือ และสามารถที่จะนำไปปฏิบัติการดูแลได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความเครียดลดลงได้ ซึ่งเป็นผลจากการที่ได้ระบายความรู้สึกถึงประสบการณ์การดูแลร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่มที่ประสบกับปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลจะได้รับบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความ

ช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจในชีวิตตามมา จากการศึกษาถึง ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า ผลที่ผู้ดูแลได้รับจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีดังนี้ 1) สมาชิกได้รับความรู้ความสามารถ 2) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 3) ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม 4) ลดปัญหากดดันภายในจิตใจและกล้าเผชิญปัญหา (Toseland, Rossiter, & Laberque, 1989) อีกทั้งสามารถลดความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแล (Sorensen et al., 2002, pp. 356 – 372) และสามารถลดความเครียดร่วมกับส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอีกด้วย (Fung & Chien, 2002) จึงอาจสรุปได้ว่ากลวิธีกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถเพิ่มในด้านของความรู้ความสามารถไปพร้อมกับการส่งเสริมทางด้านจิตสังคมของผู้ดูแล ซึ่งผลที่ได้นี้จะนำไปสู่ความรู้สึกมีภาระที่ลดลงและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำ กลวิธีกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดความรู้สึกมีภาระและเพิ่มความผาสุกของผู้ดูแล โดยคัดเลือก ตำบล ทองเอน อำเภอ อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้จะได้อารมณ์แบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิได้ อันจะเกิดประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ.2564) ที่กล่าวว่าครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ การดำเนินการต่าง ๆ ต้องมุ่งสู่สถาบันหลักทั้งสอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะพอควร

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีหรือไม่
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างก่อนการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างก่อนการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างก่อนการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที
5. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างก่อนการทดลองกับภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์
6. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

กลวิธีของกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยมาจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ตรงและสมาชิกกลุ่มที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน ได้มาร่วมกันระบายนถึงความรู้สึก ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกเพื่อสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับ และได้แก้ไขปัญหานั้นผ่านพ้นภาวะต่างๆ มาแล้วนั้นมาร่วมกันอภิปราย เพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ (สุทธิณี พักวิสัย, 2545 ; Fung & Chien, 2002, pp. 134 – 144) ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้สมาชิกได้รับความเข้าใจซึ่งกันและกัน ลดความวิตกกังวล ลดการแยกตัวจากสังคม มีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในตนเอง มีความพึงพอใจ ระดับความเครียดลดลง กล่าวที่จะเผชิญปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Toseland, Rossiter, & Laberque, 1989)

ความรู้สึกมีภาระ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ อารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบมากในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกมีภาระนั้นก็ ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Biege, 1994 cited in Chou, Lynda & Joseph, 1999) รองลงมาก็คือ ความสามารถในการเผชิญปัญหา การขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมและวิธีการดูแล ประกอบกับขาดการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (Chou, Lynda & Joseph, 1999 ; Chang, 1999, p. 174) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะส่งเสริมในเรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไปพร้อมกับการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้มารวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่อง โรคสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงที่ได้รับจากการดูแลเกี่ยวกับปัญหา วิธีในการแก้ปัญหาหรือวิธีการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมา ซึ่งจะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้สูงอายุ ลดความวิตกกังวล ความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจกับอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้สูงอายุ อีกทั้งลดความรู้สึกลด และได้รับแนวทางหรือวิธีการในการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไปปฏิบัติดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนทางด้านจิตสังคมให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งกระบวนการของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ผู้ที่เป็สมาชิกจะได้อีกมี โอกาสแสดงบทบาทของการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน สมาชิกจะมีความรู้สึกที่เสมือนลงเรือลำเดียวกัน ผลที่ผู้ดูแลได้รับคือ ลดการแยกตัวจากสังคม มีกำลังใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและความเครียดลดลง ซึ่งบทบาทของผู้วิจัยนั้นเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพอันดีภายในกลุ่ม พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการดำเนินการกลุ่มอีกทั้งเป็นแหล่งข้อมูลที่ต้องการ

ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลนั้นได้รับคือ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์ และกล้าเผชิญกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาในดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากผลลัพธ์ที่ได้นี้สามารถลดผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม อันประกอบด้วย ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจได้ในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับ ผลการให้ความรู้แบบเป็นทางการร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จำนวนทั้งหมด 32 คน พบว่า สามารถลดความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแล ได้ (Sharon, 1989) และจากการศึกษาถึงรูปแบบการ

ช่วยเหลือผู้ดูแลที่ผ่านมาพบว่า ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถลดความรู้สึกมีภาระและส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้ดูแลได้ ในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Sorensen, Pinquart, Habil & Duberstein, 2002, pp. 356 – 372) ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ความผาสุกในชีวิต (well-being) ตามแนวคิดของดูพาย (Duppy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) เป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้สึกทางบวกมากจะแสดงถึงการมีความผาสุกในชีวิตซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลใน 6 ด้านคือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุก และการควบคุมตนเอง

ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีภาระ (Chappell & Reid, 2002) เนื่องด้วยอาการและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงมีผลต่อระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวันค่อนข้างมากและยาวนานหลายปี ด้วยเหตุนี้โอกาสที่ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจึงมีมากอันประกอบด้วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผลที่ตามมาอาจทำให้ผู้ดูแลนั้นรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ รู้สึกผิดซึ่งเป็นผลมาจากการที่ไม่เข้าใจในการกระทำของผู้สูงอายุ อีกทั้งไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุได้ จึงนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงประกบกับการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากทางญาติในเรื่องบุคคลที่จะเข้ามาสลับในการช่วยเหลือดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมถึง ขาดการร่วมกิจกรรมทางสังคม และการให้บริการจากทางภาครัฐค่อนข้างน้อย ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัญหา อุปสรรคและผลกระทบที่ได้เกิดจากการดูแลทั้งสิ้น อันจะนำไปสู่ความรู้สึกมีภาระตามมา ซึ่งการศึกษาพบว่า ภาระ (burden) กับ ความผาสุก (well-being) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่า ภาระ

มีความสัมพันธ์กันสูงกับความผาสุกเชิงจิตวิสัย (subjective well-being) (Chappell & Reid, 2002) โดยสามารถวัดได้จากความรู้สึกภายในจิตใจทั้ง 6 ด้านของคูพายตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ดังที่ได้กล่าวถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีแนวโน้มที่จะสามารถลดความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้นั้น จึงอาจจะส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตตามมาได้เช่นกัน เนื่องจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางด้านสังคม (social support) ซึ่งมุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยที่สมาชิกจะได้พบปะกันและกัน และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลนั้นคลายความวิตกกังวล ระดับความเครียดลดลง มีกำลังใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเมื่อใดมีความพึงพอใจในชีวิตเกิดขึ้นนั้นก็หมายถึงการมีความผาสุกในชีวิตตามมาได้เช่นกัน (Dibartolo, 2002, p.25) อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลที่เผชิญกับปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและมีแนวทางการในแก้ปัญหาที่เหมาะสม นำไปสู่ความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาตลอดระยะเวลาในการดูแลโดยที่รบกวนแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลน้อยลง ซึ่งเกวย์เธอร์และจอร์จ (Gwyther & George, 1986) ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า ภาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงและมีความเครียดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิกาวรรณ ชะอุ่ม (2537) พบว่า ภาวะเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดของความผาสุกโดยทั่วไป และจากการศึกษาความแตกต่างกันระหว่างความรู้สึกมีภาระกับความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Chappell & Reid, 2002) จึงอาจเป็นไปได้ว่าภายหลังจากเสร็จสิ้นกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลจะมีความผาสุกในชีวิตสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิต หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิต หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลอง
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิต หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติขภูมิ สามารถนำวิธีการกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมหรือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อลดความรู้สึกรู้สึกมีภาระและเพิ่มความผาสุกในชีวิต

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ประกอบในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาได้ผ่านประสบการณ์การจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำวิธีการหรือรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในครั้งต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ และไม่หวังรางวัลตอบแทนแต่อย่างใด ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัด อ่างทอง อีนาทร์บุรี จังหวัด สิงห์บุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ได้มาด้วยวิธีการสุ่มจากประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวนทั้งหมด 10 ราย

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกรู้สึกมีภาระ และความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้ภาวะสมองเสื่อมที่แท้จริงด้วยเครื่องมือแบบตรวจสภาพสมองของคนไทย (TMSE) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) ร่วมกับการตรวจสอบผลการคัดกรองและการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมซึ่งมีระดับรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิง เพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ และไม่หวังรางวัลตอบแทนแต่อย่างใด ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีระดับรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งผ่านการตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้ภาวะสมองเสื่อมที่แท้จริง ด้วยเครื่องมือแบบตรวจสภาพสมองของคนไทย

(TMSE) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) ร่วมกับการตรวจสอบผลการคัดกรอง และการวินิจฉัยโดยแพทย์

ความรู้สึกมีภาระ หมายถึง การรับรู้ภายในจิตใจของผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยการรับรู้นี้สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Zarit Burden Interview : ZBI) ของซาริท (Zarit, Reeve, & Bach, 1980) ซึ่งประเมินจากสิ่งก่อกำเนิด ความเครียดส่วนบุคคลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ในการดูแลนั้น ๆ

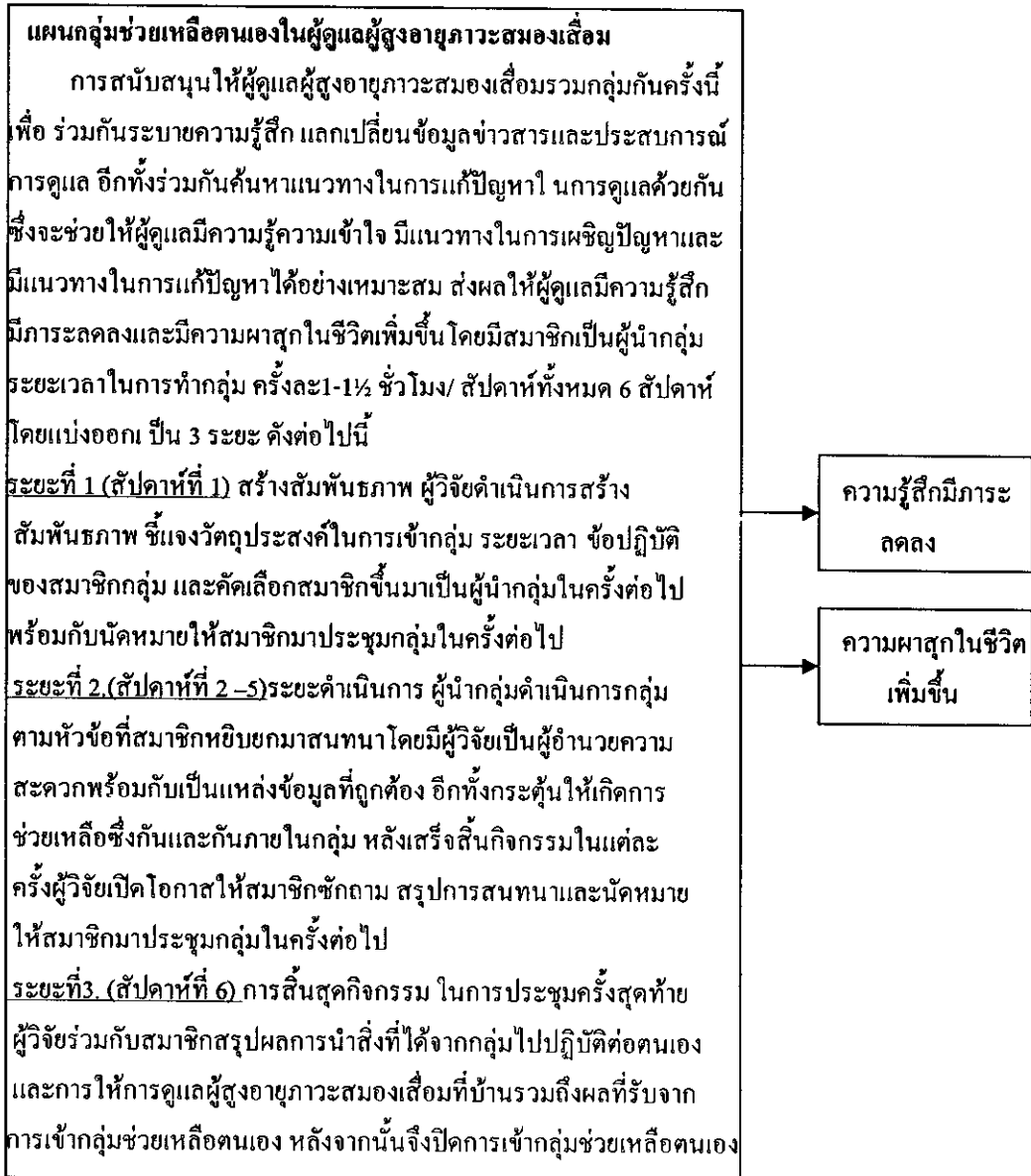
ความผาสุกในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ต่อสถานการณ์การดูแลที่ประสบอยู่ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่ง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น มีความรู้สึกมีภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมลดลง โดยการสะท้อนหรือแสดงออกทางความรู้สึกว่า มีความพึงพอใจและมีความสุข กับชีวิต สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของดูพาย (Duppy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุกและการควบคุมตนเอง ซึ่งได้รับการ แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒวัฒน์ (2532 อ้างถึงใน วิภาววรรณ ชะอุ่ม, 2537)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้มีโอกาสแสดงบทบาทของผู้ให้ และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน กิจกรรมประกอบด้วย การร่วมกันระบายความรู้สึกที่มีต่อ สถานการณ์การดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล และแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลและ หาข้อสรุป โดยระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มครั้งละ 1-1½ ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่งกระบวนการภายในกลุ่มเกิดขึ้นโดยสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้วิจัยรับบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินการกลุ่มและเป็นแหล่งข้อมูลที่ ถูกต้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย