ประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

วันที่รับ : 28 เมษายน 2563
วันแก้ไข : 12 มิถุนายน 2563
วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2563

อัชรา ภุชา, พย.บ.
สุบิน สมีน้อย, ศษ.ม.
วิภาดา คณะไชย, พย.บ.
สาคร บุบผาเฮ้า, พย.บ.
รัชชะฎา ธารจันทร์, พย.บ.
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด คัดเลือกแบบสุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-90 นาทีและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับบริการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมตามปกติ เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินพลังอำนาจและแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผล: พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจแห่งตนลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 9.30 ตามลำดับ ส่วนแนวโน้มคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.50 และ 6.50 ตามลำดับ

สรุป: โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นได้ ทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะๆ และต่อเนื่องให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มโรคสมองเสื่อม

The effectiveness of group empowerment program on caregivers of the elderly with dementia.

Received : 28 April 2563
Revised : 12 June 2563
Accepted : 23 July 2563

Achara Luecha, B.N.S.
Subin sminoy, M.Ed.
Vipada Kanachai, B.N.S.
Sakorn Buphahou, B.N.S.
Ratchada Tarachun, B.N.S.
khon kaen rajanagarindra psychiatric hospital

Abstract

Objective: To study the effectiveness of an empowerment program on caregivers of the elderly with dementia.

Materials and method: A quasi-experimental research with repeated measures design was conducted using a randomized sample of caregivers of the elderly with dementia. In the experimental group, 20 people received 4-sessions empowerment program with activities occurring once a week for 4 weeks, each session lasting 60-90 minutes. In the control group, 20 people received the usual counseling and psychosocial therapy. Data were collected using a measure of empowerment and an assessment of caring for the elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, analysis of covariance and one-way analysis of variance with repeated measures.

Results: The group receiving the empowerment program had higher mean scores of both perceived empowerment and the assessment of caring for the elderly than before the experiment. Both scores were also higher than the counseling and psychosocial therapy group. In a one-month follow-up period, both groups decreased 1.0% and 9.3%, respectively, in their average empowerment scores. The average elderly care practice score increased 3.50% and 6.50%, respectively.

Conclusion: Completing the 4-week program can increase the empowerment and ability to take care of the elderly with dementia. The healthcare team can use the empowerment program as a guide to enhance the capacity of caregivers periodically and continuously, providing confidence and encouragement in caring for the elderly

Key words: Elderly caregivers, Empowerment, Dementia

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 65.90 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.50 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูง ประมาณร้อยละ 5.00 ต่อปี และประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มเร็ว โดยเฉพาะประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6.00 ต่อปี และในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว หรืออยู่ที่ร้อยละ 25.00 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบางอยู่ในภาวะพึ่งพิงประมาณ 4 แสนคน และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน ในปี 2559 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.30 ล้านคน และผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.40 ล้านคน[1] ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุนั้นลดลงจากปี พ.ศ.2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 6 คนต่อการดูแลผู้ สูงอายุ 1 คน และจะลดลงเหลือแค่เพียง 2 คนในปีพ.ศ.2573 ซึ่งจะส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้คนในครอบครัวมุ่งหาเลี้ยงชีพและแข่งขันทางสังคม จึงเป็นเหตุให้การแยกผู้สูงอายุออกจากครอบครัวมีมากขึ้น ก่อให้เกิดสภาพการณ์ผู้สูงอายุต้องดำรงชีวิตเพียงลำพังหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพัง ส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม[2]

จากสถิติการให้บริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2556 -2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 17.10, 18.30, 19.20, 19.60 และ 20.20 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2559-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มอาการทางจิตจากโรคทางสมอง สูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรควิตกกังวล ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้รับบริการให้การปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมที่ศูนย์จิตประภัสร์ คิดเป็นร้อยละ 26.50 และ 20.80 ตามลำดับ[3] และจากการสำรวจปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตประสาทจากกลุ่มโรคทางสมอง พบมากที่สุดคือ 1) ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป พูดคุยสื่อสารไม่รู้เรื่องหรือไม่เข้าใจ ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันหรือทำไม่ได้ หลงลืม เดินไปเรื่อยเปื่อยแล้วกลับบ้านไม่ถูก บอกไม่ฟัง ดื้อ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความคิดไม่สมเหตุสมผล ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของสมอง ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิดและบุคลิกภาพ 2) ปัญหาด้านการจัดการ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ญาติพี่น้องทะเลาะกันเพราะเกี่ยงกันดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตลอดเวลา เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอุบัติเหตุ ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยน

วิถีการดำเนินชีวิตจากเดิม ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 41.56[3] บางรายมีความเครียดรุนแรง ซึมเศร้ารุนแรงและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากทนรับสภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ไหว เพราะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพียงผู้เดียว ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าผู้สูงอายุสร้างปัญหาเดือดร้อนให้ลูกหลาน แกล้งป่วยให้ลูกหลานเอาใจ หรือทำให้ลูกหลานอับอายจากพฤติกรรมที่ผิดแปลกไป สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลลดลง

การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม การรักษา และการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ให้มีความพร้อมในการรับมือกับปัญหาต่างๆจากอาการของผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม[4] ซึ่งกิ๊ปสัน[5] กล่าวว่าพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลค้นพบปัญหาความต้องการของตนเอง และให้บุคคลจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าตนมีพลังอำนาจสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองของผู้ดูแล มาใช้ในการแก้ปัญหาและเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจในการควบคุมชีวิตของตนเองให้มีพลัง มีความสุข และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรม ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนการทดลอง วัดซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ประชากร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีความเกี่ยวพันอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คู่สมรส พี่ ป้า น้า อา น้อง บุตร หลาน เป็นต้น มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบัน ไม่ต่ำกว่า 1 ปี มีอายุ 20-59 ปี การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถสื่อสารได้ตามปกติ การได้ยินปกติ สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่า Effect size = 0.30, α err prob=0.05, Power (1-β err prob=0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัยจึงปัดเศษเป็น 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยการจับสลากแบ่งกลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม หรือออกระหว่างการทดลองจะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Gibson[5] โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ได้ค่า CVI = 0.92 ทดลองศึกษากับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบเนื้อหาโปรแกรมและความเหมาะสมก่อนการใช้จริง แล้วปรับปรุงข้อบกพร่องของโปรแกรมให้เป็นฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการค้นพบสภาพความเป็นจริง 2) ขั้นตอนการสะท้อนความคิดตระหนักในคุณค่าแห่งตน 3) ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกและ 4) ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือการค้นพบสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม การดูแลที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 2 คือการสะท้อนคิด การพิจารณาความสามารถและตระหนักรู้ในคุณค่าของผู้ดูแล โดยการรับรู้ว่าชีวิตของตนเองมีความหมายต่อการดูแลผู้อื่น ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้พลังอำนาจของตน โดยการทบทวนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ รวมถึงการบอกเล่าความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแก่สมาชิกกลุ่มใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการสรุปบทเรียนจากการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การประเมินผลและปิดโครงการ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ดูแลระยะเวลาการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน การมีผู้ช่วยดูแล ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ของ วิภา เพ็งเสงี่ยม[6] ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ = 0.95

3. แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ของวิภา เพ็งเสงี่ยม[6]ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ = 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่อ่านหนังสือไม่คล่องพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล และประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจและระยะติดตาม 1 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล และประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังได้รับบริการตามปกติ และระยะติดตาม 1 เดือน

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแล และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง ด้วย ANCOVA วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 006/2562 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2562

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม จำนวนกลุ่มละ 3 คน จึงตัดออกจากการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 68.40 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 63.20 ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 65.80 อาชีพมีงานทำประจำ ร้อยละ 45.00 ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 65.80 ระยะเวลาการดูแลระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 84.20 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลใน 1 วัน คือ 1-8 ชั่วโมง ร้อยละ 57.90 รองลงมาคือ 9-16 ชั่วโมง ร้อยละ 28.90 มีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 78.90 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 47.40 รองลงมาคือ ทำได้เองทั้งหมด ร้อยละ 34.20 และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 57.90 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามลักษณะทางประชากร พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม(n=17)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	7	41.20	7	41.20	1.000+
หญิง	10	58.80	10	58.80	
อายุ					
20-39 ปี	6	35.30	5	29.40	0.714+
40-59 ปี	11	64.70	12	70.60	
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	29.40	7	41.20	0.473+
คู่	12	70.60	10	58.80	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยม	14	82.40	10	58.80	0.132+
อนุปริญญา ขึ้นไป	3	17.60	7	41.20	
อาชีพ					
ว่างงาน/ไม่มีงานทำประจำ	2	11.80	6	35.30	0.225++
มีงานทำประจำ	15	88.20	11	64.70	
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ดูแล					
คู่สมรส	1	5.90	2	11.80	0.771++
บุตร	10	58.80	11	64.70	
เครือญาติ	6	35.30	4	23.50	
ระยะเวลาการดูแล (ปี)					
1-2 ปี	15	88.20	16	94.10	1.000++
3 ปีขึ้นไป	2	11.80	1	5.90	
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลใน 1 วัน					
1-8 ชั่วโมง	11	64.70	11	64.70	1.000++
9-16 ชั่วโมง	4	23.50	5	29.40	
17-24 ชั่วโมง	2	11.80	1	5.90	
มีผู้ช่วยดูแล					
มี	13	76.50	13	76.50	1.000++
ไม่มี	4	23.50	4	23.50	
ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ					
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	2	11.80	4	23.50	0.807++
ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง	9	52.90	8	47.10	
ทำได้เองทั้งหมด	6	35.30	5	29.40	
แหล่งสนับสนุนทางสังคม					
มี	5	29.40	8	47.10	0.290+
ไม่มี	12	70.60	9	52.90	

+ใช้สถิติทดสอบ chi square

++ใช้สถิติทดสอบ Fisher's exact

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยได้มีการควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{(1,31)}$ = 49.40, p-value = <0.001) และเมื่อนำค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ย พลังอำนาจของผู้ดูแลหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}$=14.20, 95%CI of $\bar{X}_{diff}$=10.30–18.20, p-value=<0.001) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับ 61.00 % ($\eta^2_{partial}$ =0.61, 95%CI=0.37 – 0.74)

ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยได้มีการควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{(1,31)}$ = 6.63, p-value = 0.015) และเมื่อนำค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลอง (marginal effect) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณที่ปรับแก้ของคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}$=6.10, 95% CI of $\bar{X}_{diff}$=1.40–10.70, p-value=0.01) โดยมีขนาดผลกระทบส่วนย่อยของกลุ่มเท่ากับ 18.00 % ($\eta^2_{partial}$ = 0.18, 95%CI=0.01 – 0.39) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{X}_{diff}$ (ก่อน)	$\bar{X}_{diff}$ (หลัง)	ผลการเปรียบเทียบ ANCOVA	ค่าประมาณหลังปรับตัวแปรร่วม					
				$F(df_{treat}, df_{residual})$	p-value	$\bar{X}_{adj.}$	95%CI of $\bar{X}_{adj.}$	$\bar{X}_{diff}$	95%CI of $\bar{X}_{diff}$	p-value
พลังอำนาจของผู้ดูแล										
ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=17)	77.10±16.00	96.00±14.20	$F_{(1,31)}$=49.40	<0.001	91.90	89.00 – 94.70	14.20	10.30 – 18.20	<0.001
	กลุ่มควบคุม (n=17)	67.60±15.00	73.6 ± 15.0			77.60	74.80 – 80.50			
ในส่วนย่อย (ระหว่างกลุ่ม) : : $\eta^2_{partial}$ = 0.61 (95%CI = 0.37 – 0.74)										
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ										
ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=17)	40.50±9.30	53.60±7.70	$F_{(1,31)}$=6.63	0.015	52.00	48.70-55.30	6.10	1.40-10.70	0.01
	กลุ่มควบคุม (n=17)	35.40±7.80	44.40±9.00			45.90	42.60-49.30			
ในส่วนย่อย (ระหว่างกลุ่ม) : $\eta^2_{partial}$ = 0.18 (95% CI = 0.01 – 0.39)										

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญเกี่ยวกับ sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่าไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's W=0.56, Chi2=18.20, df=2.00 และ p-value=0.0001) ดังนั้นจึงพิจารณาค่า p-value ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom ภายใต้เกณฑ์การตัดสินใจว่าเมื่อค่า epsilon ≤ 0.75 จะเลือกใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction และเมื่อค่า epsilon > 0.75 จะเลือกใช้วิธีการ Huynh-Feldt Correction และจากการพิจารณาค่า epsilon ที่ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ พบว่า ค่า epsilon ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction, และวิธี Huynh-Feldt Correction มีค่าเท่ากับ 0.846 และ0.916 ตามลำดับ ดังนั้นจึงตัดสินใจเลือกค่า p-value ของวิธี Huynh-Feldt Correction และสรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,64)}$=51.70, p-value=<0.001) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ 0.62

ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการ one-way repeated measures ANOVA ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ที่สำคัญเกี่ยวกับ sphericity ด้วยวิธีการ Mauchly's test แล้วพบว่าไม่ผ่านข้อตกลง (Mauchly's W=0.571, Chi2=17.90, df=2.00 และ p-value=0.0001) ดังนั้นจึงพิจารณาค่า p-value ที่ได้จากวิธีการปรับค่า degree of freedom ภายใต้เกณฑ์การตัดสินใจว่า เมื่อค่า epsilon ≤ 0.75 จะเลือกใช้วิธีการ Greenhouse-Geisser Correction เมื่อค่า epsilon >0.75 จะเลือกใช้วิธีการ Huynh-Feldt Correction และจากการพิจารณาค่า epsilon ที่ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ พบว่าค่า epsilon ของวิธี Greenhouse-Geisser Correction, และวิธี Huynh-Feldt Correction มีค่าเท่ากับ 0.694 และ0.738 ตามลำดับ ดังนั้น จึงตัดสินใจเลือกค่า p-value ของวิธี Huynh-Feldt Correction และสรุปได้ว่า คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,64)}$=63.60, p-value=<0.001) โดยมีขนาดผลกระทบบางส่วน (partial η^2) เท่ากับ 0.67 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยแต่ละระดับการวัดซ้ำในภาพรวม

ตัวแปรวัดซ้ำ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Greenhouse-Geisser Correction		
			$F(df_{treat}, df_{residual})$	p-value	Effect size (partial η^2)
พลังอำนาจของผู้ดูแล					
ครั้งที่ 1	67.60 (15.00)	77.10 (16.00)	$F_{(2,64)}$=51.70	<0.001	0.62
ครั้งที่ 2	73.50 (15.00)	96.00 (14.20)			
ครั้งที่ 3	66.70 (13.80)	95.50 (15.20)			
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ					
ครั้งที่ 1	35.40 (7.80)	40.50 (9.30)	$F_{(2,64)}$=63.60	<0.001	0.67
ครั้งที่ 2	44.40 (9.00)	53.60 (7.70)			
ครั้งที่ 3	47.30 (11.20)	55.40 (8.90)			

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลรายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}$ =18.90, 95%CI of = 14.50 – 23.20 และ p-value < 0.001) ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}$ =18.40, 95%CI of = 14.00 – 22.70 และ p-value < 0.001) และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value>0.05) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > 0.05)

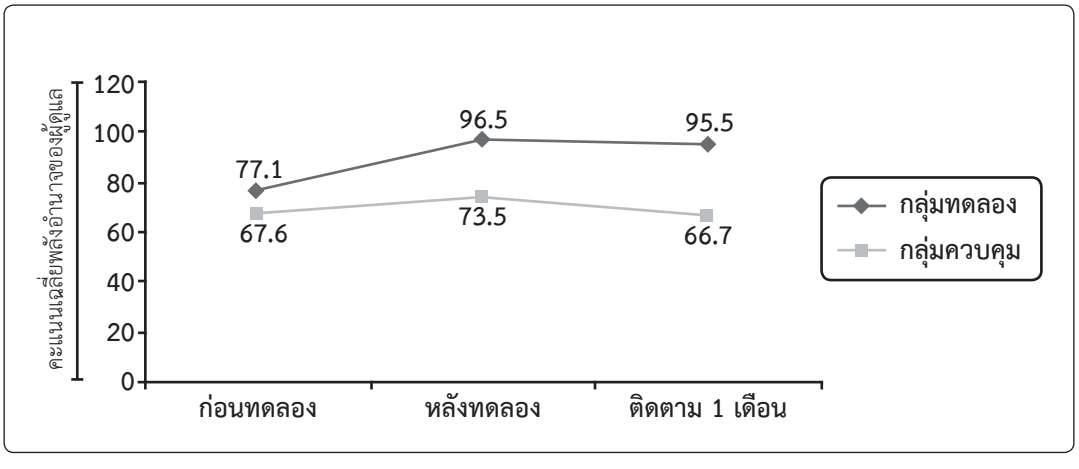
ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุรายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}$ =13.10, 95%CI of = 8.70–17.50 และ p-value < 0.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}_{diff}$ =14.9, 95%CI of = 10.50–19.30 และ p-value < 0.001) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือนพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

นอกจากนั้น ระยะติดตาม 1 เดือน พบว่าแนวโน้มคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 9.30 ตามลำดับ ส่วนแนวโน้มคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 3.50 และ 6.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 1-2

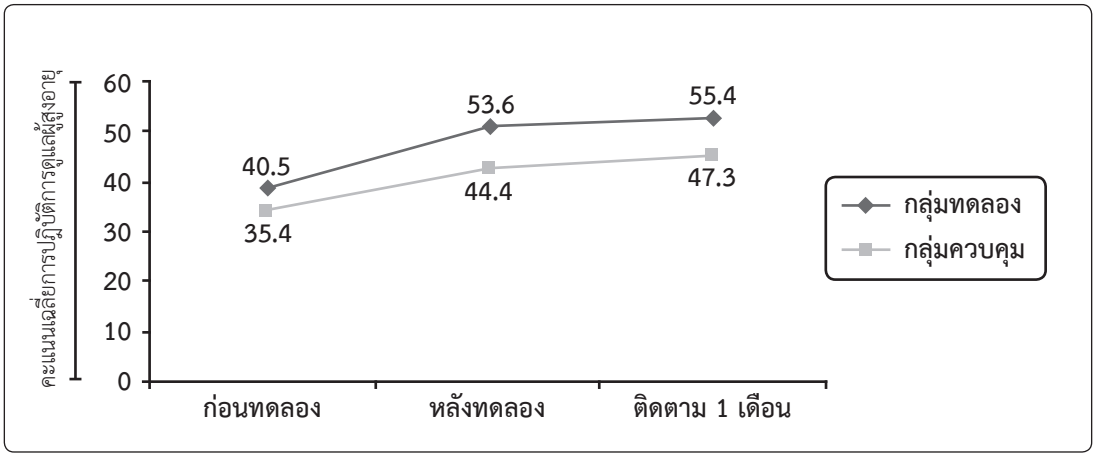
ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการปรับค่าของ Bonferroni

คู่ทดสอบ	กลุ่มควบคุม $\bar{X}_{diff}$	กลุ่มควบคุม 95%CI of $\bar{X}_{diff}$	กลุ่มควบคุม p-value	กลุ่มทดลอง $\bar{X}_{diff}$	กลุ่มทดลอง 95%CI of $\bar{X}_{diff}$	กลุ่มทดลอง p-value
พลังอำนาจของผู้ดูแล						
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	5.90	1.50 – 10.20	0.004	18.90	14.50 – 23.20	<0.001
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	0.90	(-3.40) – 5.30	1.000	18.40	14.00 – 22.70	<0.001
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	6.80	2.50 – 11.20	0.001	0.50	(-3.80) – 4.90	1.000
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ						
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	8.90	4.50 – 13.30	<0.001	13.10	8.70 – 17.50	<0.001
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	11.90	7.50 – 16.30	<0.001	14.90	10.50 – 19.30	<0.001
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	2.90	(-1.50) – 7.30	0.316	1.80	(-2.60) – 6.20	0.937

ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน



ภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน



อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนค่าเฉลี่ยพลังอำนาจและคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันทีด้วยกระบวนการกลุ่มทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน[5] คือ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เน้นการทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้สูงอายุจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสมและยอมรับสภาพที่เป็นจริง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ การแสวงหาทางเลือกใหม่ การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพความจริงแล้ว จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนาตนเองนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ และทักษะของตนเองในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

ทั้งนี้กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกผ่อนคลายปลอดภัย มีมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในรูปแบบใหม่ที่เป็นไปในทางบวก สร้างสรรค์และมีทางออก สามารถแก้ไขปัญหาได้ ตลอดจนนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันให้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทุกข์เหมือนกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจ และได้รับประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกันจากกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลเช่นกัน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ สามารถใช้ส่งเสริมการปรับตัวเชิงบวกของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถการรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7,8] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ทำให้การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ค่อนข้างดี และผู้สูงอายุติดเตียงมีความรู้สึกมั่นใจในสัมพันธภาพภายในครอบครัวดีตามไปด้วย [6] ทั้งนี้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลโดยตรงในการเพิ่มขีดความสามารถการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[9] เช่นเดียวกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีผลให้อสม. เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง สามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้นได้[10] นอกจากนั้นยังพบได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้มีความตระหนักในคุณค่าและมีแรงจูงใจที่รับผิดชอบ การดูแลตนเอง ทั้งด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย สังคมจิตใจ และจิตวิญญาณ [11] อีกด้วย

ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มการเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุได้นำแนวคิดการเสริมพลังร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งโดยการนำสมาชิกมารวมกัน มีผู้บำบัดเป็นผู้นำกลุ่มและมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์เกิดภาวะหยั่งรู้ในตนเอง และปรับปรุงวิธีการแก้ไขปัญหาให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ลักษณะของกลุ่มเป็นแบบไม่มีโครงสร้าง อาศัยปัจจัยสำคัญคือความไว้วางใจระหว่างสมาชิกด้วยกันในการปฏิสัมพันธ์และการพูดคุยเนื้อหาเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่เกิดจากกลุ่มทางสมอง เช่น อาการและอาการแสดง สาเหตุการเจ็บป่วย การรักษา ปัญหาการดูแลและแนวทางการดูแลในรูปแบบกลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษา ในกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน รับฟังปัญหาของสมาชิกด้วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ จนเกิดการรับรู้พลังที่จะแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องผลการศึกษาแบบ Meta-Analysis พบว่าการให้สุขภาพจิต

ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นวิธีที่ได้ผลเป็นส่วนใหญ่[12] และสุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มจะมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบรายบุคคล [13]

การติดตามผล 1 เดือน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.00 และ 9.30 ตามลำดับนั้น อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมมีการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ทำให้มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความทรงจำเสื่อมถอยลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงไป กลายเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัวและการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง เกิดความเหนื่อยล้า เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย เกิดความเครียด กระทบต่อความผาสุกคุณภาพชีวิต และผู้ดูแลมีบทบาทและวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป[14] ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (burn out) จนรู้สึกว่าการให้การดูแลเป็นหน้าที่ที่ทรมาน ความพึงพอใจในชีวิตลดลง[15] สอดคล้องกับผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงพบว่าบุตรชายมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องปรับสมดุลการทำงานเข้ากับการดูแล มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและเวลาส่วนตัวมากขึ้น ต้องปรับตัว ปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล มองโลกในแง่บวกขจัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ เข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรคเรียนรู้วิธีการดูแล วางแผน ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น[16] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลนี้จึงอาจส่งผลให้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลงได้

ส่วนแนวโน้มการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.40 และ 6.50 ตามลำดับนั้น หากพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมปกติ พบว่าต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดและต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สมรส ในจำนวนร้อยละที่สูงมาก (ตารางที่ 1) ประกอบกับโดยบริบทของสังคมไทยครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและยังคงยึดถือค่านิยมเรื่องความกตัญญูในการตอบแทนบุญคุณบิดา มารดาในยามเจ็บป่วย จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการปฏิบัติการดูแล ถึงแม้การรับผิดชอบในบทบาทการเป็นผู้ดูแลจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เมื่อมีโอกาสก็พร้อมจะปฏิบัติด้วยความรักและความเอาใจใส่ ซึ่งอาจต้องมีการปรับตัว ปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในการเรียนรู้วิธีการดูแลต่างๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน แต่กระบวนการกลุ่มก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสนับสนุนให้กำลังใจกันและกัน แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน รับฟังปัญหาของสมาชิกด้วยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ จนเกิดการรับรู้พลังที่จะแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาการทางจิต

จากกลุ่มโรคสมองเสื่อมมากขึ้น[16] จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้แนวโน้มการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

สรุป

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตจากกลุ่มโรคทางสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีพลังอำนาจในตนเองและมีความสามารถในปฏิบัติการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะต้องมีพื้นฐานในการทำกลุ่มจิตบำบัดมาก่อน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มบำบัดจะช่วยให้การทำกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำความเข้าใจโปรแกรมกลุ่มการบำบัดทั้ง 4 ครั้ง และเชื่อมโยงโปรแกรมแต่ละครั้งให้เชื่อมสนิทซึ่งจะเกิดผลดีกับผู้เข้ากลุ่ม
2. ควรมีการศึกษาผลกระทบหรือความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท หรือผู้ป่วยทางกายที่มีภาวะพึ่งพา
3. ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือนรวมถึงกิจกรรมต่างๆที่เป็นผลสืบเนื่องจากการได้รับกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย พร้อมทั้งเอื้ออำนวยในการบริหารจัดการโครงการวิจัย จนสำเร็จลุล่วง ด้วยดีขอขอบพระคุณ พญ.ศิริกุล ใจเกษมวงศ์ ผศ.ดร.มยุรี ลี่ทองอิน และ นางกานดา ผาวงศ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. พริ้นเทอรี่ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, 2560.
2. ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก และ พรฤดี นิธิรัตน์. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษาบ้านนาโปร่ง ตำาบลท่าเสาอำาเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2559; 8 (2): 96-111.
3. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2562. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2562.
4. อาทิตยา สุวรรณ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35 (1): 6-15.
5. Cheryl H Gibson. The process of

empowerment in mothers of chronically ill children. J of Advanced Nursing 1995; 21: 1201-1210.

6. วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภษะ และ ศิริรัตน์ จูมจะนะ. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน 2560; 18 (3): 82-95.
7. ภาวดี เหมทานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม 2561; 6(2): 163-175.
8. Yoon H. K. and Kim G. S. An empowerment program for family caregivers of people with dementia. Public Health Nursing 2020; 37(2): 222-233.
9. อุบล ไตรถวิล 2561 ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8(2): 268-280.
10. วิภา เพ็งเสงี่ยม, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และ ปัญจภรณ์ ยะเกษม. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558; 8 (1): 152-165.
11. สุภาพร แนวบุตร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558; 8 (4): 30-40.
12. Erik Walter, Martin Pinquart, How effective are dementia caregiver interventions? An updated comprehensive meta-analysis. The Gerontologist 2019;XX(XX): 1–11. doi:10.1093/geront/gnz118.
13. Dickinson C, Dow J, Gibson G, Hayes L, Robalino S, & Robinson L. Psychosocial intervention for carers of people with dementia: What components are most effective and when? A systematic review of systematic reviews. International Psychogeriatrics 2017; 29(1): 31–43. doi:10.1017/S1041610216001447
14. รุ่งนภา อุดมลาภ. บทบาทพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20 (2): 26-32.
15. สาธิดา แรกคำนวณ และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(3): 335-346.
16. อังคณา ศรีสุข และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562, 31(2) : 72-84.