ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Effects of the group support program on stress, burden and quality of life in caregivers of patients with dementia

สุคนธ์พณิช ธตพันธ์พงศ์

Sukonpanish Thatapanpong

งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย เป็นแบบประเมิน ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนเดือนละครั้ง เป็นเวลา 7 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการทดสอบที ผลการศึกษา พบว่า ความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, โปรแกรมกลุ่มสนับสนุน, ภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effects of the group support program on stress, burden, and quality of life in caregivers of patients with dementia. The sample of 11 caregivers of patients with dementia, was purposively selected. Results revealed that there were no statistically significant differences in stress, burden, and quality of life in caregivers of patients with dementia between before and after group support program implementation at p>.05.

Keywords: Caregiver, Group Support Program, Dementia

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10 ล้านคน จากประชากร 64.8 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 15.3 ของประชากร และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2577 (มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ, 2557) ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในประชากรผู้สูงอายุที่ทำให้มีการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและสูญเสียสถานภาพทางสังคม พฤติกรรมและอารมณ์ อีกทั้งก่อให้เกิดอันตรายหรือรบกวนผู้อื่นได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

การจัดการกับพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานครเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการทำงานรวมทั้งความอ่อนล้าของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงต้องการความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษา รวมถึง คำแนะนำเพื่อการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (วารี กังใจ, 2558) ในการเตรียมพร้อมรับมือกับอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อช่วยลดความเครียด อ่อนล้า และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2552) ดังนั้นสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เริ่มตั้งแต่ปีพ. ศ. 2549 เป็นต้นมา จึงจำเป็นต้องประเมินผลเพื่อนำไปพัฒนาการบริการให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการเปรียบเทียบความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียด และภาระการดูแลน้อยกว่า แต่มีคุณภาพชีวิตมากกว่ากว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากการส่งต่อของแพทย์ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลอื่นที่ได้รับข่าวสารจากสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน เลือกแบบเจาะจง คือเป็นผู้ที่สามารถมาเข้ากลุ่มร่วมกิจกรรมครั้งแรก และครั้งต่อไปได้อย่างน้อย 2 ครั้ง

เครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล พัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ (2553) จำนวน 25 ข้อ การตอบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เกิดขึ้นประจำ เกิดขึ้นบ่อยๆ เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เกิดขึ้นนานๆครั้ง และไม่เคยเกิดขึ้น ให้คะแนน 4-0 ตามลำดับ การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง เครียดมาก

2. แบบวัดภาระการดูแล พัฒนาโดย ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) เป็นการประเมินประสบการณ์ความเครียดที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล

2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน การตอบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยเลย (0 คะแนน) การแปลผล คะแนนมาก หมายถึงมีภาระการดูแลมาก

3. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลก เป็นข้อคำถามภาวะวิสัย และอัตวิสัย ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมมีจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อความทางบวก จำนวน 23 ข้อ และทางลบ จำนวน 3 ข้อ คำตอบใช้มาตรประมาณค่า ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), เล็กน้อย (2 คะแนน), ไม่เลย (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตดีมาก

4. โปรแกรมกลุ่มสนับสนุน สร้างขึ้นโดยสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย กิจกรรมการสานสัมพันธ์ การผ่อนคลายความเครียดตามคู่มือของวารี กังใจ (2558) การส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับตัวของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา หลักการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงกฎหมายที่ควรรู้ในการพิทักษ์สิทธิ์ โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมตนในการเข้าร่วมวิจัยก่อน และได้รับข้อมูลของการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และการรักษาความลับส่วนบุคคล

ผู้วิจัยทำการทดลองในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558-เมษายน พ.ศ. 2559 โดยการแจกแบบประเมิน ความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิต ให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตอบ ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนเป็นรายบุคคล และส่งกลับทางไปรษณีย์

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนโดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ ในวันอาทิตย์ที่ 4 ของทุกเดือน เวลา 9.00-12.00 น. เป็นเวลา 7 เดือน ณ สถานที่จัดกิจกรรม ศูนย์เสริมพลังสร้างสุขภาพ ชั้น 1 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย และ Paired -t test

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหญิง 10 คน (90.9%) อายุ 51-60 ปี 5 คน (45.4 %) อายุ 61-70 ปี 3 คน (27.3%) การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี 5 คน (45.5%) สถานภาพสมรสโสด และ คู่ เท่ากัน 4 คน (36.4%) นับถือศาสนาพุทธ 10 คน (90.9%) อาชีพอิสระ 4 คน (36.4%) มีอาชีพเป็นข้าราชการ ทำธุรกิจส่วนตัว และไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างละ 2 คน (18.2%) ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในฐานะบุตร 7 คน (63.6%) เป็นภรรยา/สามี 3 คน (27.3%) ระยะเวลาในการดูแลน้อยที่สุด 6 เดือน-1 ปี มี 5 คน (45.5%) นานที่สุด 15 ปี 1 คน (9.1%) มีรายได้ 30,001-40,000 บาท 3 คน (27.3%) 20,000-30,000 บาทและต่ำกว่า 10,000 บาทอย่างละ 2 คน (18.2%) และ 40,001-50,000 บาท 1 คน (9.1%) และมีรายได้ไม่แน่นอนอีก 3 คน (27.3%) ที่มาของรายได้ได้จากบำนาญของตนเอง 4 คน (36.3%) และจากบำนาญของผู้ที่มีสมองเสื่อม 2 คน (18.2%) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 10 คน (ร้อยละ 90.9) โดยมีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 60) มีโรคประจำตัว 2 และ 3 โรค เท่ากัน (ร้อยละ 20)

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิต ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน ไม่แตกต่างกัน ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนไม่มีผลต่อความเครียด ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ตาราง1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน โดยใช้ paired t-test (n = 11)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	หลังได้รับโปรแกรมฯ		
	M (SD)	M (SD)	t	p-value
ความเครียด	37.63 (6.27)	38.72 (6.45)	-0.38	.79
ภาระการดูแล	30.54 (5.09)	27.28 (4.55)	1.58	.50
คุณภาพชีวิต	96.54 (16.09)	96.27 (16.05)	0.04	.94

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนไม่มีผลต่อความเครียด ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย การได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนยังไม่มากพอ และยังมีจุดอ่อนในการควบคุมตัวแปรเกิน อาทิ การเลือกผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน การทดลองใช้ระยะเวลานาน 7 เดือน ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรม และการดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไป ทำให้บางราย การดูแลยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เวลาในการดูแลใกล้ชิดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ควบคุมตัวแปรเกินโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับความรุนแรงของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และให้ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนให้สมบูรณ์ทุกคน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย* (WHOQOL-BREF-THAI). ค้นเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2558, จาก https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf.

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4*(1), 62-75.

มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ. (2557). *การสูงวัยของประชากรไทย.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *การป้องกัน การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม* (หน้า 9-15). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

วารี กังใจ. (2558). การดูแลผู้ดูแล (การจัดการบริการผู้ดูแล). ใน สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. *สุขภาพ* (หน้า 99-103). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (2552). *คู่มือยืดอายุสมอง.* กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.