

รายงานการวิจัย

ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความเครียดของผู้ดูแล

วิธนา ลิ้มสกุล* อุไรวรรณ แ่งจ้อย** และอาภรณ์ สุขไสดา**

Limsakul, W., Ngangjui, U., & Suksoda, A.

Effects of counseling in caregivers on the ability in activities of daily living of people with Dementia and caregivers' stress.

Thai Journal of Nursing, 63(4), 35-41, 2014.

Key Words: Caregiver, Dementia, Stress, Counseling.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความเครียดของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อม 35 คน ที่เลือกแบบเจาะจงและผู้ดูแลผู้ป่วย 35 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ดัชนีจุฬาคีเอด 2) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล และ 3) การให้คำปรึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนและหลังให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 15.77 (SD = 5.53) และ 17.06 (SD = 4.92) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 31.86 (SD = 14.16) และ 23.31 (SD = 6.92) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to examine the effects of counseling on the ability in activities of daily living of people with dementia, and caregivers' stress. The sample of 35 people with dementia was purposively selected and their caregivers. The research instruments consisted of Chula Activities Daily Living Index, the stress assessment scale, and counseling. Data were analyzed for frequency, percent, mean, standard deviation and paired t-test.

The findings revealed as follows. Before and after counseling, the average scores of the ability in the activities of daily living of people with Dementia were 15.77 (SD = 5.53) and 17.06 (SD = 4.92), while the average scores of caregivers' stress were 31.86 (SD = 14.16) and 23.31 (SD = 6.92) respectively. There were significantly differences in the ability in activities of daily living and the caregivers' stress between before and after counseling at $p < .01$.

ความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia syndrome) มีลักษณะสำคัญ คือ มีอาการผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมองหลายส่วน อาการเด่น ได้แก่ ความผิดปกติของความจำ การเสื่อมลงของความเฉลียวฉลาด การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและอารมณ์ ผู้มีสมองเสื่อมที่รุนแรงต่างกันมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างกัน (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) การแบ่งระดับของความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง สามารถช่วยตัวเองได้ หลงลืมเล็กน้อย อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีอาการรุนแรงปานกลาง สามารถช่วยตัวเองได้น้อยลง ความจำไม่ดีเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ที่มีอาการหนักช่วยตัวเองไม่ได้ ความจำไม่ดีมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเองได้ ในระยะยาว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีแนวโน้มลดลงตามระยะของภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าใด ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น มีผลการวิจัยพบว่าระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และภาวะเครียดของผู้ดูแลอย่างสูง

(ศิริพันธ์ สาสัดย์, Bryar, & Newens, 2543)

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้านโดยญาติหรือสมาชิกในครอบครัว สิ่งที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยคือ การได้รับความรัก ความเข้าใจ ห่วงใย เอาใจหา (นิตยา ภาสุนันท์, 2545) ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ระยะต้น และเพิ่มขึ้นตามการดำเนินของโรค ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ใช้เวลาในการปฏิบัตินานขึ้น อาจนำไปสู่วิธีการ "ทำให้" ซึ่งเป็นลักษณะการดูแลผู้สูงวัยหรือบุพการีตามบริบทสังคมไทย หากผู้ดูแลไม่มีเวลา ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีกิจกรรมด้านร่างกาย จึงไม่ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของสมอง หากผู้มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดภาวะการดูแล ซึ่งส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลเมื่อเผชิญปัญหาการดูแลกิจวัตรประจำวันด้านพฤติกรรม การเงิน การพักผ่อน ไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ผลการวิจัยพบว่าการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำให้อ่อนล้าหมดแรง ไม่มีเวลานอน และวิตกกังวลในค่าใช้จ่ายการดูแล (Simpson & Carter, 2013) ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียด

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ร้อยละ 51.4 มีความเครียด ภาระการดูแลมีผลกระทบทางตรงต่อความเครียด ปัญหา พฤติกรรมและการพึ่งพาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลกระทบทางตรงต่อภาระการดูแล และทางอ้อมต่อความเครียดผ่านภาระการดูแล

พยาบาลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค พฤติกรรมของผู้ป่วย วิธีการสื่อสาร สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และการดูแลระยะสุดท้าย (Traynor, Inove, & Cookes, 2011) พยาบาลจึงต้องการข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค การดูแลและส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ปัญหาพฤติกรรม วิธีจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น แหล่งสนับสนุน และแหล่งช่วยเหลือต่างๆ การใช้โปรแกรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี และลดความเครียดให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Ondee et al., 2013)

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลได้แก่ การศึกษาของ ฟิรพอร์ ลีออนูญธวัชชัย และ นันทิกา ทวิชาชาติ (2549) เรื่อง ผลสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนและความเครียดของผู้ดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ในผู้ดูแลจำนวน 47 คนที่เข้าร่วมโครงการสุขภาพจิตศึกษาเป็นเวลา 2 วัน มีการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง การให้การดูแลทางจิตใจแก่ครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การสร้างทักษะการสื่อสาร และการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความรู้ เจตคติและ ทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อโครงการที่น่าสนใจและมีประโยชน์ ผลการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในครอบครัว ไทย เกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น การให้ความรู้เป็นรายบุคคล พบว่า วิธีการที่มีประสิทธิภาพ

สูง คือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลส่งผล ทางบวกร้อยละ 66 พยาบาลต้องมั่นใจว่าได้ให้ข้อมูลที่มี ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โดยการให้ความรู้ แหล่งช่วยเหลือแหล่งสนับสนุน และกิจกรรมการพยาบาล (Wongsawang Lagampan, & Lapvongwattana, 2013) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับ ทำให้เกิดความรู้ความ เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา และใช้ศักยภาพของตนในการ คิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง (ปรีชวัน จันทรศิริ, 2551) ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้น การดูแลที่บ้าน เป้าหมายคือการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ดูแล อย่างประหยัดโดยมีพยาบาลผู้จัดการ (Case manager) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Hallberg et al., 2013) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคลโดยให้ข้อมูลเรื่องโรค วิธีการ ดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การให้คำปรึกษารายกลุ่ม จัดเป็นกลุ่มสอนให้ความรู้ (Teaching group) และกลุ่ม ช่วยเหลือ (Self-help group) สามารถเอื้อให้สมาชิกที่มี ปัญหาหรือประสบการณ์คล้ายคลึงกันได้มารวมตัว พูดคุย ปรึกษาหารือกัน ได้ปลดปล่อยความคับข้องใจที่แต่ละคน ประสบ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (ภัทราภรณ์ พุ่งคำปัน, 2551) ผู้ดูแลสามารถนำประสบการณ์การดูแล ปัญหา พฤติกรรมและการดูแลกิจวัตรประจำวัน พูดคุยแลกเปลี่ยน เรียนรู้วิธีการดูแล โดยพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมเมื่อกลุ่ม ต้องการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ดูแลที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลไม่อาจจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาเรื่องนี้เพื่อนำผลไปใช้เป็นแนวทางปรับปรุงรูปแบบ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะ สมองเสื่อมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่รับบริการในคลินิกความทรงจำ ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คนเป็นผู้ป่วย 35 คน เลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งและผู้ดูแลผู้ป่วย 35 คน

เครื่องมือวิจัย มี 3 ชิ้นได้แก่

1. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้ดัชนีจุฬาเอทีแอล(Chula Activities Daily Living Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ประกอบด้วย 10 ด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร (2 คะแนน) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1 คะแนน) การใช้ห้องสุขา (2 คะแนน) การอาบน้ำ (1 คะแนน) การสวมใส่เสื้อผ้า (2 คะแนน) การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ (2 คะแนน) การกลั่นกรองถ่ายปัสสาวะ (2 คะแนน) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ (3 คะแนน) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน(3 คะแนน) และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น(2 คะแนน) รวม 20 คะแนน และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และโรค

2. แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล แปลเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ มีจำนวน 25 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับได้แก่ เกิดขึ้นประจำ

เกิดขึ้นบ่อยๆ เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว, เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง, และไม่เคยเกิดขึ้นให้คะแนน 4 ถึง 0 ตามลำดับและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แปลผลระดับความเครียดโดยใช้คะแนนรวมดังนี้ 0 – 33 คะแนน หมายถึงระดับน้อย 34 – 67 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง 68 – 100 คะแนน หมายถึงระดับสูง

3. การให้คำปรึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และทางโทรศัพท์ ดังนี้

- 3.1 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยการถามอาการ ปัญหาพฤติกรรมของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแล การจัดการพฤติกรรมที่ผิดปกติ วิธีการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการให้สมุดคู่มือการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลวิธีการติดต่อทางโทรศัพท์ เบอร์โทรศัพท์มือถือสำหรับติดต่อเมื่อเกิดปัญหาการดูแลที่บ้านหรือปัญหาอื่นๆที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง

- 3.2 การให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม มีการทำกิจกรรมกลุ่มโดยผู้วิจัย ประเด็นการสนทนาได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและวิธีการจัดการปัญหา วิธีการดูแลของสมาชิก ผู้วิจัยกระตุ้นให้มีการพูดคุยประสบการณ์และแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลโดยสมาชิกทุกคน เมื่อสิ้นสุด ผู้วิจัยสรุปและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของสมาชิก

- 3.3 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ดูแลมารับบริการครั้งแรก ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้สะดวก ให้ข้อมูลการติดต่อขอคำปรึกษา เมื่อผู้ดูแลโทรศัพท์มาขอคำปรึกษา ผู้วิจัยให้คำปรึกษาตามแนวทางการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม หากต้องใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมและ

ให้ข้อมูลภายใน 1 วัน

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมในงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยหรือไม่ ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่ม การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนเริ่มการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมารับบริการในคลินิกความทรงจำ ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมทุกครั้งที่มาใช้บริการตามนัด ใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที และประเมินความเครียดของผู้ดูแลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที
2. ผู้วิจัยเริ่มต้นการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่คลินิกความทรงจำครั้งที่ 1 และ 3 ในช่วงเช้าก่อนการตรวจช่วงบ่าย ใช้เวลาครั้งละ 20 – 30 นาทีต่อราย ระยะห่างตามการนัดผู้ป่วยในช่วง 6-8 สัปดาห์
3. ผู้วิจัยให้คำปรึกษารายกลุ่มแก่ผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่คลินิกความทรงจำครั้งที่ 2 และ 4 หลังประเมินสภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเรียบร้อยแล้ว ก่อนแพทย์มาตรวจ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 6-8 คน ใช้เวลา 30-40 นาที มี 6 กลุ่มที่หมุนเวียนมาตามนัด
4. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลโทรศัพท์มาปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การเลือนนัย และปัญหาอื่นๆ ของผู้ดูแล ผู้วิจัยให้

คำปรึกษาตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามลักษณะปัญหาของผู้ดูแลแต่ละราย

5. เมื่อให้การให้คำปรึกษาครบ 4 ครั้ง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลแต่ละราย เรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความเครียดของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอายุเฉลี่ย 75.08 ปี ร้อยละ 51.4 เป็นหญิง ร้อยละ 57.1 เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ 22.9 มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมอง ส่วนผู้ดูแล ร้อยละ 77.1 เป็นบุตรของผู้ป่วย มีอายุเฉลี่ย 45.23 ปี และร้อยละ 77.1 เป็นหญิง

1. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ค่าเฉลี่ยของความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 15.77 (SD = 5.53) และ 17.06 (SD = 4.92) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -2.734$)
2. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนให้คำปรึกษาผู้ดูแลร้อยละ 71.3 มีความเครียดระดับน้อย และอีกร้อยละ 28.7 มีความเครียดระดับปานกลาง หลังให้คำปรึกษา ผู้ดูแลร้อยละ 82.9 มีความเครียดระดับน้อย เพียงร้อยละ 17.10 มีความเครียดระดับปานกลาง ไม่มีผู้มีความเครียดระดับสูงในทั้งสองระยะ (ตาราง 1) ก่อนและหลังให้คำปรึกษา ความเครียดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.857 (SD = 14.16) และ 23.3143 (SD = 6.92) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 7.302$)

ตาราง 2 จำนวน (f) ร้อยละ (%) และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะก่อนและหลังการให้คำปรึกษา (n = 35)

ระยะเวลา	ระดับความเครียด					
	น้อย		ปานกลาง		สูง	
	f	%	f	%	f	%
ก่อนการให้คำปรึกษา	25	71.3	10	28.7	0	0.0
หลังการให้คำปรึกษา	29	82.9	6	17.1	0	0.0

การอภิปรายผลการวิจัย

การให้คำปรึกษามีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาซึ่งทำให้มีความรู้และเข้าใจในแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง สิ่งสำคัญคือ ผู้ดูแลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองมากกว่าช่วยทำให้ทั้งหมดหรือบางส่วน ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น การให้คำปรึกษายังมีผลต่อการลดความเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลขณะมารับบริการที่โรงพยาบาลและเมื่ออยู่บ้าน เป็นรูปแบบที่เหมาะสมอันประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่มและทางโทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษาของนำพล กิ่งก้าน และ พรพรรณณี เรืองดี (2556) ที่พบว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ และสอดคล้องกับ Chien และคณะ (2011) ที่พบว่ากลุ่มสนับสนุนส่งผลทางบวกต่อความเครียด ภาระการดูแล สุขภาวะด้านจิตใจและด้าน

สังคม นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ ผู้วิจัยใช้เฉลี่ย 0.78 ครั้งต่อผู้ดูแลหนึ่งคน ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ อาบน้ำแล้วใส่เสื้อผ้าชุดเดิม กินเร็ว กินทั้งวัน ไม่นอน และวุ่นวาย การมารับการตรวจและคำปรึกษาด้านกฎหมาย เป็นต้น สนับสนุนว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีประหยัด สะดวกสามารถช่วยเหลือให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจปัญหาการดูแลที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลไม่มั่นใจ ไม่สามารถจัดการได้ หรือมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ทำให้ลดความเครียดได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการให้คำปรึกษานี้ไปใช้ในผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในสถานบริการและในชุมชนเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อมโรคหรือวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- ภัทราภรณ์ พุ่งคำปิ่น. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2545). *โรคสมองเสื่อม*. ใน จันทนา ธนฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 185-191, พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- นำพล กิ่งก้าน และพรพรรณ เรืองดี. (2556). ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแลและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, 14(1), 29-35.
- ปรีชวัน จันทศิริ. (2551). การให้คำปรึกษา. ใน วีระศักดิ์ ชลไชยะ สุชีรา ฉัตรเพียรพราย ชินณู พันธุ์เจริญ และ จรุงจิตร์ งามไพบุณย์. (บรรณาธิการ). *ทักษะการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์* (หน้า 19-30, พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- พีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ. (2549). ผลของโครงการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 50(8), 541-53.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์, Bryar, R., & Newens, A. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(4), 15-24.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Chien, L., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L., Chen, C. H., et al. (2011). Caregiver support groups in people with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1089–1098.
- Hallberg, I. R., Helena L. K., Gabriele, M., Katrin, R., Maria, S. M., Caroline, S., et al. (2013). Dementia care in eight European countries: Developing a mapping system to explore systems. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(4), 412-424.
- Ondee, P., Panitrat, R., Pongthavornkamol, K., Senanarong, V., Harvath, T.A., & Nittayasudhi, D. (2013). Factors predicting depression among caregivers of persons with Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 167-180.
- Simpson, C., & Carter, P. (2013). Dementia caregivers' lived experience of sleep. *Clinical Nurse Specialist*, 27(6), 298-306.
- Traynor, V., Inove, K., & Cookes, P. (2011). Literature review: Understanding nursing competence in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1948-1960.
- Wongsawang, N., Lagampan, S., & Lapvongwattana, P. (2013). Family caregiving for dependent older Adults in Thai families. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(4), 336-343.