

ผลของโปรแกรมสร้างสุขกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

The Effect of Happiness Program on Dementia Caregivers in Mae Lao District,  
Chiang Rai Province.

ชื่อผู้วิจัย นางพิกุล ทองรักษ์ , ผศ.วราภรณ์ แยมมีศรี , นางกฤษณา พุทธรังค์

หน่วยงาน ปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่ลาว

**บทคัดย่อ**

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด ความจำ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลการวิจัยก่อนการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังให้โปรแกรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิตจำนวน 28 คน ในอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ช่วงเดือนเมษายน - เดือนกันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิต ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย Archbold & Stewart ซึ่งทฤษฎีได้เน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์ของการดูแลปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสุขคนไทย 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลความสุขคนไทยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างสุข ด้วยสถิติ paired t-test 3)

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้กิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ควรมีการจัดกิจกรรมการให้โปรแกรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิต ให้กับกลุ่มผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการได้รับความรู้ ปรับมุมมองความคิด จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มและส่งผลให้มีกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** โปรแกรมสร้างสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

## หลักการ และเหตุผล

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกมีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) พบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เกิดภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนทั้งหมด 55 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 10 ล้านคนต่อปี (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทย จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562-2563 พบว่ามีผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 628,800 และ 651,950 คนตามลำดับ มีจำนวนเพิ่มขึ้น 23,150คน คิดเป็นร้อยละ 3.68 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2564; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) เห็นได้ว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นทุกปี และจากสถิติของโรงพยาบาลแม่ลาว พบผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในปี พ.ศ.2563-2565 มีจำนวน 8, 13, 16 คน ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลแม่ลาว, 2565) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าในอนาคตอันใกล้ พยาบาลรวมถึงบุคลากรสุขภาพมีแนวโน้มจะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวเพิ่มมากขึ้นและเป็นเรื่องท้าทายในการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้มีความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจในการดูแลตัวเอง เกิดการพึ่งพาตัวเองได้มากที่สุด

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองแบบช้าๆ และค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านความรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่และค่อยข้างมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ (Alzheimer's Association, 2010) รวมถึงบกพร่องด้านความจำ การตัดสินใจ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคำนวณ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) โดยอารมณ์ซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (ปวีณา นพโสธร และสังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558) ยิ่งในระยะสุดท้ายของโรค สถิติปัญญาจะเสื่อมถอยลงอย่างมาก สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แสดงให้เห็นถึงการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ยากต่อการรักษา ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ชัดเจน และหายขาด มีเพียงแต่ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นกลุ่มโรคลำดับที่ 5 ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (American Speech Language Hearing Association: ASHA, 2015) อาการผิดปกติเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงระยะยาว ภาวะทุพพลภาพเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบทบาทของสมาชิกในครอบครัว หน้าที่การงาน เศรษฐกิจ และต้องรับมือกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่  
มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด เกิดการตอบโต้กันทางอารมณ์และคำพูด  
ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นน้อยลง ซึ่งล้วนเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หาก  
ผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง จึงถือได้ว่า ภาวะ  
สมองเสื่อมเป็น “โรคครอบครัว” ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจำเป็นต้องมีความเข้าใจและเป็นหัวใจ  
สำคัญของการดูแลระยะยาว ความต้องการผู้ดูแลเริ่มต้นนับตั้งแต่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม  
สมาชิกในครอบครัวจะกลายเป็นบุคคลสำคัญที่ท่าบเทาพาผู้ดูแล (Prachuablarp C, Wirojratana V,  
Jitramontree N, Viriyavejakul A, 2014) จากการศึกษาของ Dawood S เรื่องภาระการดูแลของผู้ดูแล (care  
giver burden) คุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลพบว่า การเกิดภาระ  
การดูแลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่ลง และการศึกษาของ Montgomery W และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์  
ระหว่างความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในประเทศญี่ปุ่น พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่  
ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น คือผู้ป่วยที่ยากจนและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่  
มีอาการบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า (Major Depress Disorder)

ปัจจุบัน มีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัญหา ปัจจัยต่างๆ และหาแนวทางการช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
สมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของชยุตา สุทธิลักษณ์, วิชาพรธณ วิโรจน์รัตน์, วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช,  
และลักษณะันท์ ชิวะเกรียงไกร (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า  
ความพร้อมในการดูแล ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นและความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรงของผู้ดูแลต่อ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างต่ำ และควรจัดทำโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในด้านการเตรียมความ  
พร้อม และลดความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ ศรชัย, อาภาพร เผ่า  
วัฒนา, และพัชราพร เกิดมงคล (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะ  
สมองเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าน้อยละ 6.3 การศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการ  
ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม  
สามารถปรับตัวและอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการศึกษา  
ของสุปราณี สมบูรณ์ (2548) ศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่  
โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ถึงแม้ว่าความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้ง 8 ด้านอยู่ใน  
ระดับมาก แต่ความพร้อมบางด้านได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ดูแลด้านอารมณ์ และความพร้อมในการดูแล  
ผู้ป่วยด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ  
ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขของวัยทำงานของกรมสุขภาพจิต นำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง

เสื่อม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในด้านเหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยเพิ่มเติม เกี่ยวกับ ปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงาน มีการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญทุกขั้นตอน ออกแบบเป็นเครื่องมือสร้างสุข 8 เครื่องมือ มุ่งหวัง ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและคนรอบข้างได้

จะเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญและใหญ่ระดับประเทศที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเมืองและการสาธารณสุข และที่สำคัญโรคสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้ของประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ของผู้ดูแลให้เกิดความสุข มีสุขภาพจิตที่ดี ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดแนวปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพในการช่วยเหลือดูแลจิตใจกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสุขกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน-หลังให้โปรแกรมสร้างสุข

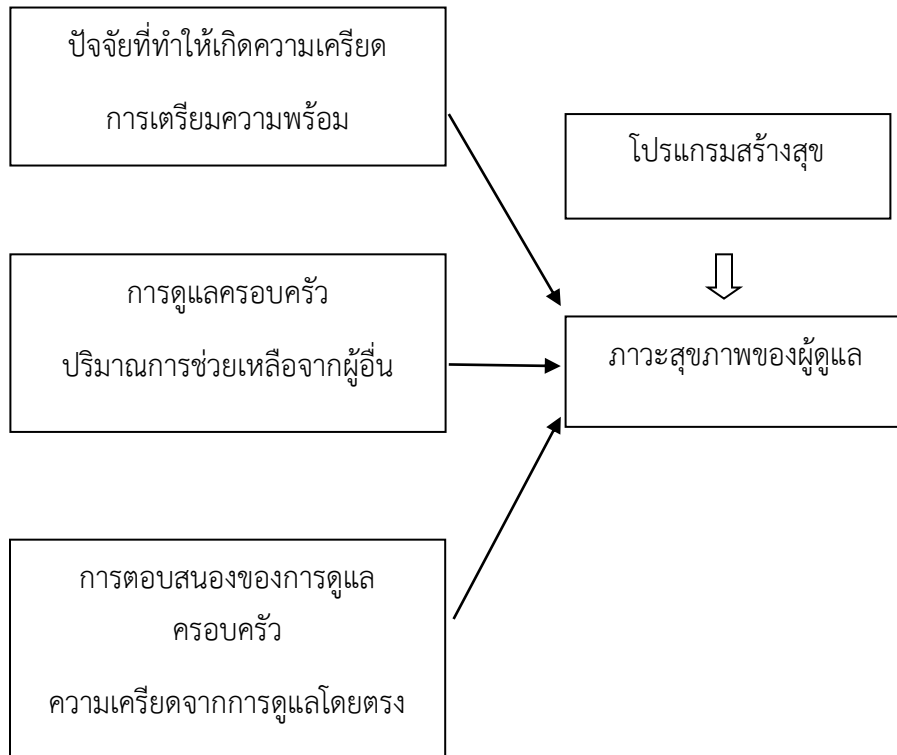
### สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการทดลองมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลอง

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย Archbold & Stewart ซึ่งทฤษฎีได้เน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ ตลอดเวลาในสถานการณ์ของการดูแล ปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ บ้าน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย ประสบการณ์การดูแลทั้งทางลบ และทางบวก โดยประสบการณ์ทางด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) และประสบการณ์ ทางด้านบวก คือ รางวัลในการดูแล (rewards of family care) ซึ่งประสบการณ์ทั้งสองด้านจะส่งผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพของผู้ดูแล แนวคิดการดูแลครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดใน บทบาทของผู้ดูแล (antecedent factors) การศึกษาครั้งนี้ศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล 2) การดูแล ครอบครัวยุ (family care) คือ ปริมาณการช่วยเหลือจากคนอื่น (amount of help from others) 3) การ ตอบสนองของการดูแลครอบครัว (responses to family care) ผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง ด้านบวกและด้านลบ ประสบการณ์ด้านลบ คือ ความเครียดในบทบาท (caregiver role strain) 4) ผลลัพธ์จาก การให้การดูแล (outcome of caregiving) คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถือได้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาว มีความก้าวหน้าของ โรคอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น จนมีภาวะพึ่งพิง ทำให้บุคคลในครอบครัวต้อง ปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการ

เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาก่อน และส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในหลายๆด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อม ปริมาณการช่วยเหลือจากผู้อื่นความเครียดจากบทบาทการดูแลโดยตรง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ดังแผนภูมิที่ 1



## แผนภาพที่1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One-group intervention study เปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกระดับที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว ทั้งเพศชายเพศหญิง หลังจากนั้นให้โปรแกรมเสริมสุขทุก 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้งๆละ 60 – 120 นาที (8 กิจกรรม) โดยให้พยาบาลสุขภาพจิตคนเดิมดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบอย่างต่อเนื่องทำการศึกษาดังแต่เดือนเมษายน - กันยายน 2565

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0) สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำการประเมินความสุขคนไทย (ครั้งที่1) ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขที่ 1,2

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขที่ 3,4

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขที่ 5,6

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขที่ 7,8 ประเมินความสุขคนไทยหลังให้โปรแกรมครบ 4 ครั้ง (ครั้งที่2)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย :** การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิต ใช้แนวทางการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่

- 1) ค้นหาจุดดีของตนเอง
- 2) ค้นหาจุดดีของผู้อื่น
- 3) เพิ่ม 3 อ. ขจัดสุรา สารเสพติด บุหรี่
- 4) ครอบครัวอบอุ่น
- 5) มีสมดุขีวิต ด้วยหลัก 8-8-8
- 6) การเป็นจิตอาสาและทำประโยชน์ให้ผู้อื่น
- 7) การมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ
- 8) ความพึงพอใจในสิ่งที่มี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การใช้สารเสพติด

2.2) แบบประเมินความสุขคนไทย 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสุขคนไทย (ตามเอกสารแนบท้าย)

### กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามเกณฑ์ ICD -10) ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทุกระดับ จำนวน 30 ราย มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการประเมิน MMSE พบว่าไม่มีความผิดปกติในการรู้คิด 3) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูด การได้ยิน และการมองเห็นได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกคือ ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุและไม่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัย เกณฑ์ยุติการวิจัย คือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อาศัยการทำนายที่ .08 ระดับสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ตัวแปรที่ศึกษา เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตามกำหนดร้อยละ 20 คำนวณได้ 26 ราย แต่การศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มทดลอง 30 ราย เพื่อลดปัญหาของกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยกลางคัน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย แล้ว ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

### ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขั้นเตรียมการ ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากรายงานข้อมูลประจำปีของโรงพยาบาลแม่ลาว เตรียมเครื่องมือขอพิจารณาจริยธรรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดขึ้นจำนวน 30 รายได้ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการ ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนเมษายน – เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยจัดกิจกรรมขึ้นในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขทุก 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้งๆละ 2 กิจกรรม จนครบ 8 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 – 120 นาที โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจะมีการประเมินความสุขคนไทยก่อนและหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมเสริมสุข

3. ระยะประเมินผลการทดลอง หลังเสร็จสิ้นทั้ง 8 กิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสุขคนไทยก่อนและหลังให้โปรแกรมเสริมสุข

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ค่ะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบข้อมูลความสุขคนไทยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างสุข ด้วยสถิติ paired t-test 3) นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาด้วยแผนภูมิรูปภาพ

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีสุขภาพจิตที่ดี เกิดความสุขในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เกิดแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลจิตใจกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เข้าร่วมศึกษาทั้งหมด 28 ราย เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 78.6 : 21.4 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 28.6 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.4 ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไปร้อยละ 28.6 และความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นลูกหลานคนในครอบครัว (ตาราง 1)



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	6	21.4
หญิง	22	78.6
<b>อายุ</b>		
31-40	4	14.3
41-50	6	21.4
51-60	6	21.4
61-70	8	28.6
71-80	4	14.3
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	3	10.7
ประถมศึกษา	13	46.4
มัธยมต้น	3	10.7
มัธยมปลาย/ปวช.	6	21.4
อนุปริญญา/ปวส.	2	7.1
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1	3.6
<b>อาชีพ</b>		
พนักงานเอกชน	2	7.1
ธุรกิจส่วนตัว	4	14.3
เกษตรกร	3	10.7
รับจ้างทั่วไป	8	28.6
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.6
ว่างงาน	4	14.3
อื่นๆ	6	21.4

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินความสุขคนไทยก่อนและหลังการให้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผลการเปรียบเทียบคะแนน	Mean	SD	t	df	p-value
ความสุข					
ก่อนให้โปรแกรมสร้างสุข	28.85	6.24			
หลังให้โปรแกรมสร้างสุข	32.32	4.87	-5.56	27	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนความสุขของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในช่วงก่อนและหลังให้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือในช่วงเวลาที่ยังไม่ได้ให้โปรแกรมมีค่าคะแนน 28.85 และหลังจากให้โปรแกรมมีค่าคะแนน 32.32 (ตารางที่ 2)

**อภิปราย**

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิตมีคะแนนความสุขคนไทย สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสร้างสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิตซึ่งประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย Archbold & Stewart ซึ่งทฤษฎีได้เน้นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในสถานการณ์ของการดูแล ปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย ประสบการณ์การดูแลทั้งทางลบและทางบวก แนวคิดการดูแลครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วนหลักๆ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (antecedent factors) 2) การดูแลครอบครัว (family care) 3) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว (responses to family care) 4) ผลลัพธ์จากการให้การดูแล (outcome of caregiving) การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเปรียบเทียบผลของความสุข ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสร้างสุขแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลของการวิจัยนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ความสุขกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความสุขหลังให้โปรแกรมสร้างสุขมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสุขมากขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีมุมมองชีวิตที่เปลี่ยนไป เข้าใจตัวเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต มีทักษะในการแก้ปัญหาให้กับตัวเอง และครอบครัว เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สร้างสรรค์ ผ่านกระบวนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมร่วมกันกับกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน นอกจากนี้การได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน รับฟังผู้อื่น มีโอกาสเปิดเผยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวิธีการดูแลแบบอื่น ๆ มีมุมมองความคิดที่กว้างขึ้น มีวิธีการที่เหมาะสมที่จะนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง ช่วยให้ปัญหาเบาบางลงได้ รับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น และเป็นการลดความวิตกกังวล

เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี ซึ่งศิริพันธ์ุ สาสัถย์ ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า สิ่งที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการคือความรู้ในเรื่องโรค ทักษะในการดูแล การได้รับการช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมในการรักษา ถ้าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน การตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการจะส่งผลให้ การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิภา บุญระยอง เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมว่า เมื่อได้รับรู้ รับฟังจากผู้นำกลุ่ม ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้เพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าค่าคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หากผู้ดูแลมีทัศนคติทางลบจะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด กล่าวคือในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้นยังต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิภา สมนาวรรณ พบว่า ผู้ดูแลต้องประสบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ อารมณ์ที่เกิดขึ้นคือ อารมณ์เศร้า วิดกกังวล หมดความหวัง เนื่องจากการได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เมื่อเข้าสู่ระยะอาการมากขึ้น และการศึกษาของ โสภา มุสิโก เรื่องความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการการฝึกทักษะการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และต้องการฝึกวิธีควบคุมอารมณ์ตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรม และการแสดงออกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ฉะนั้นครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากโรคสมองเสื่อมเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การพยากรณ์โรคไม่ดี มีความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล คอยให้การช่วยเหลือ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข จะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด สร้างสมดุลแห่งความสุขให้กับชีวิตตนเอง สร้างความเข้มแข็งทางใจ มีความเข้มแข็งในการมองโลก พร้อมทั้งจะเผชิญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเข้มแข็ง

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า 8 กิจกรรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ขวนคิดชวนคุย ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม วิธีการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ และน่าจะส่งผลดีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำโปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานของกรมสุขภาพจิต มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือที่คลินิกผู้สูงอายุ

2.ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้นำแนวทางตามโปรแกรมไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วารารณ แยมมีศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช และ ดร. นพรัตน์ ไชยขำนิ เป็นอย่างสูง ในการให้ข้อคิดและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก่ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่มีคุณค่าแก่งานวิจัย คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ ขอมอบแต่กลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2558.กรุงเทพมหานคร
2. กรมสุขภาพจิต. (2560). โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงานในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่2.นนทบุรี:พรอสเพอริสพลัส จำกัด
3. จุฑาทิพย์ ศรชัย, อาภาพร เผ่าวัฒนา, และพัชราพร เกิดมงคล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(2)*, 65-83.
4. ชยดา สุทธิลักษณ์, วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์, วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, และลักษณันท์ ชีวะเกรียงไกร. (2561). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1)*, 191-200.
5. ปวีณา นพโสธร, สังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1)*, 85-94
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
8. วรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาวะครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
9. วรณนิภา บุญระยอง. (2541). ภาวะครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(1)*, 11-17
10. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2545). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. เอกสารประกอบการอบรม การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วันที่ 26-29 สิงหาคม 2545. กรุงเทพมหานคร: โรงแรมเอเชีย.
11. สุปราณี สมบูรณ์. (2548). ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
12. โรงพยาบาลแม่ลาว. (2565). ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลแม่ลาว 2565. เชียงราย
13. โสภา มุสิโก. ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2547*
14. The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association. About Association [Internet]. 2010 [cited2017 August 28]. Available from:<http://www.azthai.org>

15. Dawood S. Caregiver Burden, Quality of Life and Vulnerability Towards Psychopathology in Caregivers of Patients with Dementia Alzheimer's Disease. *J Coll Physicians Surg Pak* 2016;26:892-895.
16. Montgomery W, Goren A, Kahle-Wroblewski K, Nakamura T, Ueda K. Alzheimer's Disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. *BMC Geriatr* 2018;18:141.
17. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role Strain in Older Persons With Parkinson's Disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2014;15(3):235-245.
18. World Health Organization. Dementia Key facts [Internet]. 2022 [cited 2020 Jun 3]. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>