

ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะ  
เครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF HOME ENVIRONMENTAL ARRANGEMENT AND PROGRESSIVE  
MUSCLE RELAXATION PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS  
OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA

Miss Kanda Worakhunphiset



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย

นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กานดา วรคุณพิเศษ : ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. (THE EFFECT OF HOME ENVIRONMENTAL ARRANGEMENT AND PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 129 หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มการทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5477154536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HOME ENVIRONMENTAL ARRANGEMENT / PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION / CAREGIVER / OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA / STRESS

KANDA WORAKHUNPHISET: THE EFFECT OF HOME ENVIRONMENTAL ARRANGEMENT AND PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 129 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of home environment arrangement and progressive muscle relaxation program on stress in caregiver of older people with dementia. The participants consisted of 40 caregivers of older people with dementia at Prasat Neurological Institute and were divided into the experimental and the control groups with 20 people in each group. Both groups had similar in gender, age and length of time in caring. The experimental group receiving the home environment arrangement and progressive muscle relaxation program and the control group received conventional nursing care. The experimental instrument was home environment arrangement and progressive muscle relaxation program and tested for content validity. The instrument for collect data was Caregiver Strain Index (CSI) and was test for reliability with cronbach alpha of .81. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The major findings were as follows:

1. The experimental group after receiving the home environment arrangement and progressive muscle relaxation program had significantly lower stress than before receiving the program at the level of .05

2. The experimental group after receiving the home environment arrangement and progressive muscle relaxation program had significantly lower stress than those who received conventional nursing care at the level of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2013

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา หัวหน้าการพยาบาล หัวหน้างานบริการผู้ป่วยนอก พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยรวมถึงการดำเนินการทดลอง ตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับบัณฑิต ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ด้วยความรักเคารพเป็นที่สุดที่ได้ให้โอกาส กำลังใจ และสิ่งที่ดีงามทั้งปวงกันเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน .....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
1. ภาวะสมองเสื่อม .....	10
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	16
3. ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม .....	22
4. แนวคิดผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า .....	28
5. แนวคิดการให้ข้อมูล.....	32
6. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม.....	34
7. การโทรศัพท์ติดตาม.....	36
8. บทบาทของพยาบาลเพื่อจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม .....	39
9. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	40
10. โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า .....	45
11. กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48

เครื่องมือวิจัย .....	49
การดำเนินการทดลอง .....	54
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	69
สรุปผลการวิจัย .....	73
ข้อเสนอแนะ .....	78
รายการอ้างอิง .....	80
ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	96
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	98
ภาคผนวก ค เอกสารจริยธรรม .....	104
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	111
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล .....	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	129



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลา ในการดูแลผู้สูงอายุ ..... 62

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาใน การเจ็บป่วย โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม..... 65

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ..... 67

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1= 20, n_2= 20, n_{รวม}= 40$ )..... 68

ตารางที่ 5 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pairs) โดย พิจารณาองค์ ประกอบด้าน อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแล..... 124

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคลก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ..... 125

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม..... 126

ตารางที่ 8 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดรายข้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ..... 128

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ได้รายงานว่าในปัจจุบันพบประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 2.4 – 3 ล้านคน ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สมาคมอัลไซเมอร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Alzheimer's Association, 2012) รายงานว่า ต้องเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มากถึง 200,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากการศึกษาที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบสูงถึงร้อยละ 32.5 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552)

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง โดยอาการของโรคจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543; Munden & Goldberg, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (นภาพร ฤทธิวีรกุล, 2548; Dettmore, Kolanowski & Boustani, 2009; Mitty & Flores, 2007) ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ กระวนกระวาย ก้าวร้าว หลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวนและพูดจาสับสน (พรรณี จันทร์อินทร์, 2547; Yeh et al., 2002; Lim et al., 2008) โดยพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองลดลง การดำเนินชีวิตและการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป (Mitty & Flores, 2007) และส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไรยิ่งต้องการในการดูแลมากขึ้น จนทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547) จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ส่วนทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน หรืออาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลามาเป็นทำงานบางเวลา ซึ่งอาจส่งผลต่อรายได้ลดลงและบางรายอาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมา จนในที่สุดเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537; ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2543; รัชฎา รักขนาม, 2543; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2545; Chang et al., 2004) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดและความรู้สึกเป็นภาระ (Kim et al., 2009; Gitlin et al., 2010)

ภาวะเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ถูกบีบคั้นหรือกดดันจิตใจจนทำให้เกิดความทุกข์ ภาวะเครียดถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิต (กรมสุขภาพจิต, 2541) เมื่อมีภาวะเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยจะมีการหลั่งฮอร์โมน (Adrenocorticotrophic hormone: ACTH) เป็นฮอร์โมน

จากต่อมพิทูอิทารี (ต่อมใต้สมอง) เมื่อมีการหลั่งมากขึ้นจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex) ให้หลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (Adrenocorticoid hormone) ทำให้เกิดการทำงานผิดปกติมีอาการอาการตึงตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดอาการไม่สบายใจ ตกใจง่าย หงุดหงิด โมโหง่าย ต้องการพึ่งพา ทุกข์ใจ สูญเสียและสิ้นหวัง (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) ด้านพฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะเครียดจะมีอาการเบื่ออาหารหรือบางรายอาจจะรู้สึกตัวตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลา และทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับหลายคืนติดต่อกัน ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เริ่มปลีกตัวจากสังคม และเผชิญกับภาวะเครียดอย่างโดดเดี่ยว บ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อภาวะเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าติดๆ เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มต่ำลง พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีการอาละวาดขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่มีภาวะเครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบชั่ววูบนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554; Scheonmakers et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ภาวะเครียด (Bruce et al., 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะเครียดจากการดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543; รัชฎา รักขนาม, 2543; Pattanayak, 2010) และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีภาวะเครียดในระดับสูง (Etters & Harrison 2008; Miyamoto et al., 2010) ซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อคลายความเครียด (Bruce et al., 2005) และพบว่า ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Gitlin et al., 2001) โดยปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ทำให้เกิดภาวะเครียด เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรค (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) ความรู้สึกผิด ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในการดูแล ความรู้สึกขัดแย้ง (Onishi et al., 2005; Hong & Kim, 2008) และปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาของ McCallum et al. (2006) ได้ชี้ให้เห็นว่า คู่สมรสที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่ดูแลอีกฝ่าย ซึ่งมีภาวะสมองเสื่อมจะมีแนวโน้มที่ตกอยู่ในภาวะเครียด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ในการดูแล โดยแนวโน้มของการเกิดโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากผู้ดูแลมีภาวะเครียดเกิดขึ้นตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (late-stage Alzheimer) และปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ กระวนกระวาย ก้าวร้าว หลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวนและพูดจาสับสน (พรรณี จันทร์อินทร์, 2547; Rodney, 2000; Hooker. et al., 2002; Yeh et al., 2002; Lim et al., 2008) ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อภาวะเครียดในผู้ดูแล

การผ่อนคลายภาวะเครียดมีหลายรูปแบบ เช่น การหยุดพักการทำงาน ทำงานอดิเรกที่สนใจ หรือถนัดและชื่นชอบ เล่นดนตรี ร้องเพลง เต้นรำ ฟังเพลง ทำงานศิลปะ งานประดิษฐ์ ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ ดูโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ฟังวิทยุ เล่นกีฬาหรือบริหารร่างกาย พักผ่อนให้

เพียงพอ เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) แต่ในภาวะที่มีภาวะเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง จิตใจสับสน ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือ ซึมเศร้า ซึ่งบางครั้งการคลายภาวะเครียดแบบธรรมดาอาจใช้ไม่ได้ผล (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ปัจจุบันมีการนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการลดภาวะเครียด ได้แก่ การนวด (massage) การรักษาด้วยน้ำมันหอม (aromatherapy) การทำสมาธิ (mediation) การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (progressive muscle relaxation) ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีความน่าสนใจ เนื่องจาก พบว่าสามารถช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันได้ (กรมสุขภาพจิต, 2546) เนื่องจากการผ่อนคลายจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ดูแล เป็นการลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมอง ทำให้เกิดกลไกปิดกั้น การควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมประตู (the gate theory) ความเจ็บปวดจึงลดลง นอกจากนี้ การผ่อนคลายยังช่วยขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจึงทำงานเด่นขึ้น การผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus และ Reticular Formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและอัตราการเผาผลาญ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย ลดอัตราการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการหายใจและปริมาณ Lactate (สารที่จะกลายเป็นกรดแลคติก) ในเลือด เนื่องจากพบว่าในภาวะเครียดและวิตกกังวลปริมาณ Lactate ในเลือดจะสูงขึ้น ซึ่งจากการลดสิ่งรบกวนระบบ Reticular Formation ส่งผลให้ศูนย์ควบคุมการหายใจใน Medulla Oblongata (สมองส่วนท้ายที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นทางผ่านของกระแสประสาทระหว่างสมองกับไขสันหลัง ควบคุมการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันเลือด การกลืน การจาม การสะอึก การอาเจียน ควบคุมการหายใจ) ลดลง การใช้ออกซิเจนลดลง การคั่งของกรดแลคติกจึงลดลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อเนื่องจากการผ่อนคลายจะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งมีผลช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; มารยาท รุจิวิทย์, 2548; Benson, Kotch, & Crassweller, 1997)

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า หมายถึง การทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อแต่ละมัดมีความตึงตัวแล้วผ่อนคลายต่อเนื่องกันไป แสดงถึงความตั้งใจของบุคคลที่สามารถแยกความรู้สึกระหว่างกล้ามเนื้อที่มีการคลายตัวกับกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็ง เมื่อมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคคลสามารถรู้สึกถึงความตึงตัวของกลุ่มกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยไม่ต้องมีการเกร็งกล้ามเนื้อก่อนแล้วผ่อนคลาย (Snyder, 1998) โดย Jacobson (1976) ได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะขจัดความรู้สึกทางจิตใจที่แสดงออกมาตามกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น อาการปวดเมื่อยศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ หรือตึงเครียดตามบริเวณใบหน้า บริเวณไหล่ เอว แขน เท้า ตลอดจนอาการนอนไม่หลับออกไปได้ (Sinatra, 2000; วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550) การตึงเครียดของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลจะทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเกร็งตัวจากภาวะเครียด ถ้าผู้ดูแลสามารถที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายได้ก็จะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเป็นเทคนิคที่ใช้วิธีการ

ฝึกให้ผู้ดูแลสามารถที่จะบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้เมื่อต้องการ เป็นการควบคุมกล้ามเนื้อเอากลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อเอากลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความยากลำบากในการนำมาใช้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ฝึก และพบว่า การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าจะทำให้ผู้ดูแลมีระดับภาวะเครียด ปัญหาการดูแล ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์โกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ผู้ดูแลมีความสุข หน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตดีขึ้น (Lewis et al., 2009) การจัดการกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจินตนาการความคิดทางบวกและการวิเคราะห์เหตุการณ์ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และปัญหาการดูแลของผู้ดูแล และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น (Lee et al., 2011) และมีอาการปวดศีรษะ ภาวะเครียดลดลง (สุนันทา บุญรักษา, 2548)

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการส่งเสริมการจัดการภาวะเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล จากงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลหรือความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการจัดกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น แต่สามารถลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้ระยะสั้นเท่านั้น (เยาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546)

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Lazalus & Folkman, 1984) โดยให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่อง โรค แนวทางการรักษา และปัจจัยที่จะกระตุ้นให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาของ Wilz & Heitz (2008) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลง และจากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมของ Gitlin et al. (2001) ที่พบว่า การให้ข้อมูลและปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยจะเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัย และการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง จะทำให้จัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ลดความทุกข์ของผู้ดูแล ลดการพึ่งพาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีความสุขจิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Spruytte (2001) ที่พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและเป็นการลดระดับปัญหาทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการเดินทางไปมาตลอดเวลา (ชุตินา ทองวชิระ, 2553) และพบว่า ห้องนอนที่มีอุณหภูมิสูงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ระดับเสียงที่สูงมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการมีส่วนร่วมทางสังคมต่ำ และระดับแสงสว่างน้อยในห้องนอนมีผลต่อ

อารมณ์ทางลบระดับรุนแรง (Garre-Olmo et al., 2012) และการจัดบ้านให้มีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดการพึ่งพาตนเองทางกายภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และลดปัญหาการดูแลของผู้ดูแล (Frisardi & Imbimbo, 2011) และ Hall (1988) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะไวต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อมรอบตัว สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ่อย ๆ มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัว ส่งผลต่อสภาพจิตใจ เกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมและอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง (สุภาวดี พุฒิหนอง และคณะ, 2548) เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนในการดำเนินชีวิต รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Burns, O'Brien & Ames, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดมี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษา ของ Gitlin et al. (2001) ที่พบว่า การให้ข้อมูลและปรับสิ่งแวดล้อม โดยจะเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง จะสามารถลดปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ลดความทุกข์ของผู้ดูแลและการพึ่งพาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเห็นว่าการแก้ไขปัญหาคือต้นตอเป็นปัจจัยในการลดภาวะเครียดของผู้ดูแลและช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ ภาวะเครียดจากปัจจัยด้านผู้ดูแล ซึ่ง Jacobson (1977) ได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะขจัดความรู้สึกทางจิตใจที่แสดงออกมาตามกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมีนศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ หรือตึงเครียดตามบริเวณใบหน้า บริเวณไหล่ แอว แขน เท้า ตลอดจนอาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด ออกไปได้ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามาสร้างเป็นโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดแตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีภาวะเครียดแตกต่างกันหรือไม่

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) ได้อธิบายว่า ในขณะที่มีภาวะเครียด จะมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเมื่อมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อจะรู้สึกเครียดและอึดอัด ดังนั้นการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจลดลง การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อที่มากพอสามารถนำมาใช้ในการลดภาวะเครียดได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) และ Gitlin et al. (2001) พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแล การปรับบ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้จัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้และลดการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการลดปัญหาของผู้ดูแล

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงนำแนวความคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) ร่วมกับแนวความคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin et al. (2001) ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการแนวทางการดูแลรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการติดตามเยี่ยม มาสร้างโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแล มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีความเป็นมิตรชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมซึ่ง วรรณนิภา บุญระยอง (2543) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ร่วมกัน อาจเริ่มต้นจากการรู้จักชื่อ รับรู้บทบาทของกันและกัน เพื่อให้เกิดความศรัทธาเชื่อถือและไว้วางใจ

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แนวทางการรักษา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยการให้ความรู้และสาธิตการสอนผ่อนคลายของกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ที่สำคัญเพื่อช่วยคลายความวิตกกังวลและนำไปสู่การลดภาวะเครียด การศึกษาของ Grant (1996) พบว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพ

ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อบรรเทาความกลัวต่าง ๆ

3. ฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ตามแนวคิดของ Jacobson (1976) โดยผู้วิจัยสอนผู้ดูแลและให้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วนเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว ซึ่งจะช่วยให้ช่วงการป้อนกลับของสัญญาณไปยังประสาทส่วนกลาง ทำให้ลดภาวะเครียดและทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น เกิดการผ่อนคลาย ซึ่ง วิมลทิพย์ แก้วถา (2546) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า มีคะแนนความเครียดลดลงและมีค่าความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงลดลง และชาตรี จุติตรี (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการให้ความรู้ต่อภาวะเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคย ต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง ซึ่งการศึกษาของ ชูติมา ทองวชิระ (2553) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

5. การติดตามเยี่ยมโดยโทรศัพท์ เป็นการติดตามปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแล เพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ นงค์เยาว์ ภูมิวัฒนกุล และคณะ (2549) ศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพืเมอร์หักและได้รับการผ่าตัดตามหลักไว้ภายในและอยู่ในระยะพักฟื้น พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุกัญญา เอ็มอัมธรรม (2543) กล่าวว่า ในการจัดการเรียนการสอน ควรประเมินผลเป็นระยะ ๆ เมื่อพบว่ามีปัญหาข้อบกพร่องและมีข้อมูลเพิ่มเติมก็จะสามารถนำมาปรับปรุงและตรวจสอบกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยมีอาจารย์ช่วยชี้แนะเพื่อให้ นักศึกษาได้ค้นคว้าหาแนวทางใหม่ที่เหมาะสมเช่นเดียวกับผู้ดูแล

การประเมินผลโปรแกรมโดยตรวจสอบข้อมูลการฝึกบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านแบบประเมินการผ่อนคลาย และทำแบบประเมินภาวะเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรม

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม



2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

**ประชากรในการศึกษา** คือ ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อมในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในสถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2556 ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 40 คน (Polit & Beck, 2004)

### ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

**ตัวแปรตาม** คือ ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสมองเสื่อมในโรงพยาบาล

**ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เป็น สามี ภรรยา บุตร หลานหรือเป็นญาติพี่น้องกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ดูแลหลักคือ เป็นผู้ให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด

**ภาวะเครียดของผู้ดูแล** หมายถึง ความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินสถานการณ์นั้นว่าเกิดความไม่เหมาะสม ทำให้มีการสูญเสียหรือถูกคนคุกคาม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายจนอาจรบกวนการดำเนินชีวิต ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index) ของ Robinson (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยและย้อนกลับโดย Sasat (1998) มีทั้งหมด 13 ข้อ การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน คะแนนมาก หมายถึงมีภาวะเครียดมาก ซึ่งผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีภาวะเครียดสูงกว่าปกติ

โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า หมายถึง

กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ประยุกต์แนวความคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin et al. (2001) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) โดยให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสอนวิธีการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วน โดยเป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งกับการผ่อนคลาย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเครียดใช้เวลา 5 นาที

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล เป็นการให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องโรค แนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบเพาเวอร์พอยต์และคู่มือเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้เวลา 30 นาที

3. การฝึกการผ่อนคลายภาวะเครียดเป็นการจัดการภาวะเครียด ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตการจัดการกับภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม และผู้วิจัยอธิบายประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดภาวะเครียด และให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติที่บ้าน ใช้เวลา 20 นาที

4. การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคย ต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง

5. การติดตามเยี่ยมโดยโทรศัพท์ เป็นติดตามปัญหาด้านพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และภาวะเครียดของผู้ดูแล โดยให้คำแนะนำและคำปรึกษาปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 10-15 นาที

การประเมินผลโปรแกรมโดยตรวจสอบข้อมูลการฝึกบันทึกแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและทำแบบประเมินภาวะเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรม

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยาให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยพยาบาลประจำคลินิก การให้คำแนะนำในการใช้ยาโดยเภสัชกร และการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยนักจิตวิทยาเมื่อพบว่า ผู้ดูแลมีภาวะเครียด และประเมินภาวะเครียดทุก 3 เดือน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
5. แนวคิดการให้ข้อมูล
6. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
7. การโทรศัพท์ติดตาม
8. บทบาทของพยาบาลเพื่อการจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
11. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 1. ภาวะสมองเสื่อม

##### 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทักษะการใช้ชีวิตลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น และมีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่านดังนี้

กัมมันต์ พันธุมจินดา (2543) ให้ความหมายของกลุ่มอาการสมองเสื่อมว่าเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองในส่วนเปลือกสมอง(Cerebral Cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สำคัญคือมีความผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมองหลายๆส่วน เช่น ความจำไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลง การใช้ภาษาผิดปกติไป เนื่องจากการทำงานของเปลือกสมองเสียไปอย่างกระจัดกระจาย นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้วกลุ่มอาการสมองเสื่อมมักเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ กลุ่มอาการสมองเสื่อมเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งจะต้องแยกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีได้เกิดจากโรค กลุ่มอาการสมองเสื่อมอาจเกิดในผู้ป่วยอายุน้อยได้

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2551) ให้ความหมายว่า สมองเสื่อม คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมของการทำงานของสมองทั้งหมด ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความรอบรู้ มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

Alzheimer's Assosiation (2010) ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้าๆ และต่อเนื่องส่งผลให้บุคคลมีการสูญเสียความจำและความผิดปกติด้านเชาวน์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว โดยระดับความรู้สึกรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม

ศิริพันธุ์ สาสัจย์ (2554) ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิด การใช้เหตุผลและการตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้

สรุป ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้าน การดำเนินโรคมักเป็นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง มีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจ บุคลิกภาพ การใช้ภาษา ทักษะการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดปกติโดยระดับความรู้สึกรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต

## 1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่แท้จริงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอน แต่จากการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า มีหลายสาเหตุ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543; Burns, O'Brien & Ames, 2005; Qizilbash et al., 2002) ดังต่อไปนี้

1.2.1 การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง หรือเกิดจากเซลล์ของเนื้อสมองตาย ซึ่งยังหาสาเหตุไม่ได้แน่ชัดที่ทำให้เซลล์สมองตายและไม่มีเซลล์สมองใหม่เกิดขึ้นทดแทน

1.2.2 ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากผนังด้านในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองผิดปกติ

1.2.3 ภาวะติดเชื้อในสมอง ทำให้เกิดการอักเสบที่สมองส่วนนั้น เซลล์สมองบางส่วนจะตาย เกิดรอยโรคที่เนื้อสมอง การติดเชื้อในสมองที่พบมาก มักเป็นเชื้อไวรัส

1.2.4 การขาดสารอาหารบางชนิด มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะการขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 หรือ วิตามินบี 12 และสาร Folic acid

1.2.5 ระบบเผาผลาญของร่างกายผิดปกติ เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อโดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำงานหนักมากหรือน้อยเกินไป การทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ การทำงานของตับหรือต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ

1.2.6 สมองได้รับการกระทบกระเทือน หรือจากอุบัติเหตุ ทำให้เซลล์สมองได้รับความกระทบกระเทือน เกิดการเสื่อมและตายได้มากกว่าคนปกติ

1.2.7 การเกิดเนื้องอกในสมอง เกิดฝีในสมองหรือการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง จะทำให้ความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป

1.2.8 การได้รับยาหรือสารพิษที่มีผลต่อการทำงานของสมอง จะทำให้การทำงานของสมอง สติปัญญาและความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีอาการสมองเสื่อม

1.2.9 จากพันธุกรรมหรือการได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม ทำให้รหัสทางพันธุกรรมเปลี่ยนแปลง เกิดการกลายพันธุ์ ส่งผลต่อกระบวนการทำงานของสมอง ทำให้สมองเสื่อมได้ในที่สุด

1.2.10 เกิดจากการสร้างสารสื่อประสาท Choline acetyltransferase ในสมองลดลง ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด (cognition) ของมนุษย์

### 1.3 อาการของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหรือคนทั่ว ๆ ไป จะมีอาการและอาการแสดงในลักษณะคล้ายกัน แต่อาการจะขึ้นอยู่กับรอยโรคที่สมอง สาเหตุที่เป็นปัจจัยนำที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาการของภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามลักษณะอาการได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 จำแนกอาการตามหลักของกรมสุขภาพจิต (2546) มีอาการแสดงดังนี้

1) การเสื่อมด้านการรู้คิด (multiple cognitive deficits) และสติปัญญา เช่น การคิดลำดับเหตุการณ์ การคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) เป็นต้น

2) สูญเสียความทรงจำ (memory impairment) หรือความจำบกพร่อง ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว

3) สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ การรู้คิด (cognitive disturbance) ซึ่งมีหลายอาการ ดังนี้ ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (aphasia) ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (apraxia) การตัดสินใจต่อปัญหาบกพร่อง (decision making deficit) มีความสับสนในสภาพแวดล้อม ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ หรือบุคคล

4) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว กระวนกระวาย เจ็บขริบ หรือมีอาการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

5) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ โมโหร้าย โกรธง่าย หงุดหงิดง่ายหรืออาจมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แบ่งอาการสมองเสื่อมออกเป็นอาการทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจตามหลักการของ Burns, O'Brien & Ames (2005) และ Fimkel (2001) ดังนี้

1) อาการทางด้านร่างกายและพฤติกรรม (physical and behavioral symptom) ได้แก่

1.1) การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (wandering)

1.2) อาการกระวนกระวาย (agitate behavior)

1.3) การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (catastrophic reaction)

1.4) อาการบ่นว่า

1.5) การขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinhibition)

1.6) พฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารมากกว่าปกติเนื่องจากจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้ว

1.7) พฤติกรรมเอาแต่ใจตนเองและการต่อต้าน (intrusiveness & negativism) ผู้ป่วยจะมีความอดทนในการรอคอยสั้น

2) อาการทางด้านจิตใจ (psychotic symptom) ได้แก่

2.1) อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดเป็นอาการทางจิตที่พบมากที่สุด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย มาขโมยของ หรือหลงผิดเกี่ยวกับเวลา คิดว่ากลางวันเป็นกลางคืน กลางคืนเป็นกลางวัน

2.2) อาการประสาทหลอน (hallucination) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากจะประสาทหลอนทางตามากที่สุด (visual hallucination) รองลงมา คือ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) อาการประสาทหลอนมักทำให้ผู้สูงอายุหวาดกลัว ไม่มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

2.3) ภาวะซึมเศร้า (depression) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกจะมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกว่าคุณสมบัติความสามารถในด้านต่างๆ การตัดสินใจ หรือความจำต่าง ๆ รวมทั้งสติปัญญาต่าง ๆ เสียไป หรือบางครั้งภาวะซึมเศร้าอาจเกิดร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

2.4) อาการเฉยชา ไร้อารมณ์ (apathy) มักพบในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เริ่มแยกตัวออกจากสังคม อยู่คนเดียว แสดงสีหน้า และอารมณ์เฉยเมย กาดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นลดลง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

2.5) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ความจำ การตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตัวเอง เริ่มมีอาการกลัว กังวล ในการดำรงชีวิตปกติ ไม่มั่นใจที่จะอยู่คนเดียว กังวลเกี่ยวกับอาการและโรค กลัวการถูกทอดทิ้ง

#### 1.4 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ความรุนแรงของโรค หมายถึง อาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้าน การดำเนินโรคมักเป็นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง มีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจ บุคลิกภาพ การใช้ภาษา ทักษะการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดปกติโดยระดับความรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต โดย De Leon & Reisberg (1999) ได้แบ่งระยะของสมองเสื่อมออกเป็น 7 ระยะ ดังนี้

1.4.1 ระยะ 1 No Dementia หมายถึง ไม่มีการบกพร่องทางเซาว์ปัญญา การทำหน้าที่ปกติ ไม่มีการสูญเสียความทรงจำ สุขภาพจิตดี

1.4.2 ระยะ 2 No Dementia หมายถึง มีความบกพร่องทางเซาว์ปัญญาน้อยมาก การหลงลืมสัมพันธ์กับอายุ

1.4.3 ระยะ 3 No Dementia หมายถึง มีความบกพร่องทางเซาว์ปัญญาเล็กน้อย หลงลืมเพิ่มขึ้น ลืมบ่อยมากขึ้นความสามารถในการทำงานลดลงระยะเวลาอยู่ระหว่าง 7 ปี ก่อนมีภาวะสมองเสื่อม

1.4.4 ระยะ 4 Early Stage หมายถึง บกพร่องทางเซาว์ปัญญาปานกลางถึงรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีความลำบากในธุรกรรมการเงิน หรือการเดินทางลำพัง บางคนยังปฏิเสธอาการนี้ คิดว่าเป็นตามวัย บางคนเริ่มแยกจากครอบครัวหรือเพื่อน เพราะการใช้ชีวิตในสังคมเริ่มลำบากมากขึ้น แพทย์สามารถวินิจฉัยได้จากการสัมภาษณ์ หรือใช้แบบทดสอบ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ปี

1.4.5 ระยะ 5 Mid-Stage หมายถึง บกพร่องทางเซาว์ปัญญาปานกลางถึงรุนแรงเริ่มสูญเสียความจำในเรื่องสำคัญ ๆ เช่น ลืมเบอร์โทรศัพท์สำคัญ ลืมวิธีแต่งตัว อาจไม่ทราบวัน เวลา และต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ เตรียมอาหาร ระยะนี้ใช้เวลา 1.5 ปี

1.4.6 ระยะ 6 Mid-Stage หมายถึง บกพร่องทางเซาว์ปัญญารุนแรง (สมองเสื่อมระยะกลาง) ต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เริ่มลืมชื่อคนใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว แต่ยังจำเหตุการณ์ในปัจจุบันได้เล็กน้อย มีความยากลำบากในการนับ 1- 10 มีปัญหาเรื่องการควบคุมกล้ามเนื้อในการขับถ่าย มีความยากลำบากในการพูดมากขึ้น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น หลงผิด ทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ หรือ วิตกกังวล สับสนวุ่นวาย ระยะนี้ใช้เวลา 2.5 ปี

1.4.7 ระยะ 7 Late-Stage หมายถึง บกพร่องทางเซาว์ปัญญารุนแรง (สมองเสื่อมระยะสุดท้าย) ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ ต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เช่น พาเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น เดินไม่ได้ ระยะนี้ใช้เวลา 2.5 ปี

## 1.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรม พบว่าปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ดังนั้นปัจจัยกระตุ้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับและเข้าใจต่ออาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากการกระตุ้นจากปัจจัยเหล่านี้ (Beck, Rossby & Baldwin, 1991) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่

1.5.1 ปัจจัยด้านร่างกาย หากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีปัญหาพฤติกรรม ควรพิจารณาถึงการมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจรวมถึงภาวะขาดน้ำและสารอาหาร ซึ่งพบได้บ่อย เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอาการหลงลืมเรื่องการรับประทานอาหาร หรือไม่สามารัับประทานอาหารได้เอง หรืออาจเกิดจากผลของการรับประทานยาประจำตัวหลายๆชนิด อาการข้างเคียงของการรับประทานยา

ปัจจัยด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมอาจขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า สภาพอารมณ์ในขณะที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ความเจ็บปวดต่าง ๆ ปัญหาการนอนหลับ วงจรการนอนที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมได้ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุและปัญหาด้านสุขภาพจิต บ่อยครั้งมักพบกลุ่มอาการทางจิตเวชนามาก่อน โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล สับสน หงุดหงิดง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการแสดงออกของพฤติกรรม

1.5.2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมกระวนกระวายมักมีปฏิกิริยาไวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อ

ปฏิบัติการประจำวัน รบกวณการดำรงชีวิตโดยปกติ โดยได้แบ่งสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรม ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) สิ่งแวดล้อมจากบุคคล ได้แก่ ครอบครัว ผู้ร่วมงาน ญาติ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นหรือลดพฤติกรรม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่ไวใจคนแปลกหน้าหรือบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรเป็นคนที่มีผู้สูงอายุคุ้นเคยและไว้วางใจนอกจากนี้ การที่มีคนแปลกหน้าเดินไปเดินมาให้เห็นอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหวาดระแวง ทำให้อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ ที่พักอาศัย อากาศ มลภาวะต่าง ๆ จากการศึกษา พบว่าสภาพที่พักอาศัย ได้แก่ ห้องนอน ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหารห้องน้ำ ห้องทำกิจกรรมต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ที่พักอาศัย เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น เสียงที่ดังรบกวนการพักผ่อน แสงแดดแรงจัด อากาศอบอ้าว แสงสว่างในห้องมากเกินไป แสงไฟสลัว ๆ สีผนังห้อง รูปภาพแขวน (Hall, 1988) กลิ่นของสิ่งปฏิกูลที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้อาจก่อให้เกิดอาการสับสน หวาดกลัว วิดกกังวล และสุดท้ายจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาพฤติกรรมได้

จากปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดปัญหาพฤติกรรม พบว่าการจัดการกับสิ่งเร้าดังกล่าว จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นการจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นจึงเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องสอนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และยอมรับต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

## 1.6 การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีทั้งรักษาได้และรักษาไม่ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม และการรักษาจะเริ่มรักษาที่ต้นเหตุของอาการสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; Qizilbash et al., 2002; สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2555) ดังนี้

1.6.1. การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำของผู้ป่วยสมองเสื่อม (pharmacologic enhancement of cognition)

1) การใช้ยาเพื่อรักษาอาการ พยาธิกำเนิดสำคัญของปัญหาความจำเสื่อมและความผิดปกติของหน้าที่สมองในผู้ป่วย Alzheimer's disease คือการขาดสารสื่อประสาทในสมองชื่อ acetylcholine ดังนั้นยาจึงมุ่งไปในทิศทางที่จะเพิ่มสารเคมีดังกล่าวในสมองโดยการยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase

2) การใช้ยาเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง หลังจากสมองเสื่อมแล้วยาในกลุ่มนี้ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาและมีข้อมูลมากพอควรได้แก่

2.1) ยาด้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ได้แก่ Vitamin E และ selegiline โดยพบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะปานกลางซึ่งได้รับยา Vitamin E วันละ 2000 IU, selegiline วันละ 10 มก. และทั้ง Vitamin E และ selegiline รวมกันตามขนาดข้างต้นมีการดำเนินโรคช้าลง



2.2) Gingko biloba ซึ่งเป็นสมุนไพรสกัดจากใบแป๊ะก๊วย แต่ไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัด

1.6.2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacologic Approaches) ในการเริ่มต้นรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นแพทย์ พยาบาลจำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังซึ่งมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัวค่อนข้างมาก ดังนั้นควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินโรค การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้นานที่สุด ทางเลือกในการรักษาต่าง ๆ แหล่งที่สามารถหาความรู้และความช่วยเหลือได้ เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สมาคมอัลไซเมอร์นานาชาติ (Alzheimer's Disease International: ADI) รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางทรัพย์สินและทางกฎหมายในอนาคต นอกจากนี้ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและความปลอดภัยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากอุบัติเหตุความเผลอเรอและการหลงทางโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียวในบางเวลา พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดภาวะเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งมีการศึกษาสนับสนุนว่า การให้ข้อมูลที่จำเป็น รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวรวมทั้งทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้นานขึ้นโดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปดูแลที่สถานบริบาลคนชรา (Nursing Home)

1.6.3. การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม (Management of Behavior Disturbances) ปัญหาทางพฤติกรรมที่พบโดยเฉพาะอาการไม่อยู่นิ่ง (agitation) เป็นปัญหาสำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อความสงบสุขของครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ คำว่า agitation เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง โดยรวมไปถึงปัญหาทางพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ดุร้าย ตลอดจนการทำร้ายผู้อื่นโดยไม่สามารถยับยั้งตนเองได้ อาการดังกล่าวอาจเกิดจากปัญหาจากโรคกายบางอย่าง ความเจ็บปวด หิว ท้องผูก นอนหลับไม่เพียงพอหรือปัญหาทางจิตใจ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า เปลี่ยนที่อยู่ หรือเปลี่ยนผู้ดูแลกะทันหัน ซึ่งแพทย์พยาบาลควรหาสาเหตุให้พบและแก้ไขให้ได้ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่าง อุณหภูมิที่เหมาะสม เสียงดนตรีหรือสัตว์เลี้ยงที่ผู้ป่วยชอบอาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้

สำหรับการใช้ยาเพื่อลดอาการ Agitation ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจุบันมีการใช้ยาในกลุ่ม antipsychotics agent ชนิดใหม่ซึ่งเรียกว่า atypical antipsychotics เช่น clozapine, risperidone และ olanzapine ซึ่งควบคุมอาการ agitation ได้ผลดี และพบว่ามีผลข้างเคียงน้อย แต่อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวยังมีราคาแพงมาก ในปัจจุบันจึงควรเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้เฉพาะในรายที่จำเป็นเท่านั้น

## 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านส่วนใหญ่จะดูแลโดยที่เป็นญาติ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม ตลอดจนเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังต้องให้การช่วยเหลือเรื่องอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความผิดปกติเรื่องภาษา การใช้เหตุผล ความจำ

พฤติกรรม ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้เวลามากกว่าการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ (Ory et al, 1999)

## 2.1 ความหมายผู้ดูแล

ผู้ดูแล มาจากคำภาษาอังกฤษที่พบได้บ่อย เช่น “Carer” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ หรือ “Caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555) และให้ความหมายไว้ ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

2) ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อข้องใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแห่งอาศัย

Ross & Mackenzie (1996) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล คือผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2554) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติ หรือเพื่อน ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมในด้าน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

ดังนั้น “ผู้ดูแล” หมายถึง ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กับแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

## 2.2 ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (Alzheimer Research, 2003; Bell & Gibbons, 1989; Parker, 1992. อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554: 287-290) ดังนี้

2.2.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal carers/ caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กรที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและรับเงินเป็นการ

ตอบแทนซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant)

2.2.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal carers/ caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการอบรมมาก่อน ไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจมากกว่าความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบ้านเพื่อนของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงด้วยกันทั้งคู่

ในผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์และตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

#### 1) แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

1.1) ผู้ดูแลหลัก (main carers/ caregiver หรือ primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนต่อวัน สูงสุดและทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิथाส่วนบุคคล การจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้รับประทาน เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ที่ไม่มีความสมองเสื่อม

1.2) ผู้ดูแลรอง (secondary carers/caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งมีใช้การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

#### 2) แบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท คือ

2.1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2.2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

งานวิจัยนี้แบ่งผู้ดูแลตามแบบของ Parker (1992) ที่แบ่งการดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือ คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย และเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนต่อวันสูงสุดและทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (give direct care)

## 2.3 ผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการเสื่อมถอยของความสามารถของสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ความจำบกพร่อง ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ มีปัญหาในการรับรู้ตนเอง สมาธิ การใช้ภาษา อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพึ่งตนเองได้ (สิริทร ฉันทสิริกาญจน, 2543) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นภาระมากของผู้มีหน้าที่ในการดูแล

2.3.1 ความรู้สึกเป็นภาระ (objective burden) เป็นการรับรู้จากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นของผู้สูงอายุ จากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การปฏิบัติกิจวัตรต่อเนื่อง

2.3.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physical morbidity) ภาวะสมองเสื่อมจะมีการเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ของสมองเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าความต้องการหรือการดำเนินชีวิตได้ตามปกติต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่องและเนิ่นนาน และต้องการเวลาต่อวันในการดูแลค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอร่างกายทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยตามมา โดยเฉพาะผู้ดูแลบางคนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว กับการรับภาระหนักทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพของผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น (ธนพรรณ สิริสุนทร, 2543)

จากการศึกษาของ Kiecolt Glaser et al. (อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) พบว่า ผู้ที่มีภาวะเครียดทางอารมณ์สูงส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หนักแน่น คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และปวดศีรษะเรื้อรัง สุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมมีภาวะสุขภาพไม่ดี และมีการใช้ยาบรรเทาอาการอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีภาวะเครียดเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง

2.3.3 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological morbidity) การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นเรื่องยากสำหรับการเป็นผู้ดูแลและเป็นเรื่องยากยิ่งกว่าที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ยังมีความสามารถในการสื่อสารกับผู้ดูแลได้ จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น จึงต้องรับภาระหนักมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพาโดยทั่วไป อีกทั้งปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นสร้างภาวะเครียดให้กับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณนิภา สมนาวรรณ (2537) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหนักใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล คิดถึงแต่ปัญหาเกิดความอับอายน้อยใจในสภาพของชีวิตของตนเอง และรู้สึกผิด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยอมรับว่าเบื่อหน่ายและไม่อยากให้การดูแลต่อไป เพราะไม่สามารถยอมรับพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แต่เนื่องจากเกรงคำครหาหนีทาจากสังคมจึงจำเป็นต้องให้การดูแลต่อไป

2.3.4 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพใน 2 ส่วน คือ ปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและปัญหาด้านสัมพันธภาพที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว

จากการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมถอยของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประสบกับปัญหาในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล และการที่ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายและเกิดภาวะเครียดซึ่งแสดงออกมาในรูปของการกระทำรุนแรง เช่น การทุบตีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำร้ายด้วยวัตถุหรืออาวุธการผูกมัด การพูดจาข่มขู่ การขาดความเคารพยกย่อง เป็นต้น (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2547)

2.3.5 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จากภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่า การดำเนินชีวิตยุ่งยากเหนื่อยยากลำบาก แต่ในบางครั้งก็รู้สึกผิดที่เกิดความรู้สึกเช่นนี้ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการควบคุมอารมณ์ของตัวเองให้พอดี (อรพินท์ บุญนาค, 2543) และนอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นบุตร เมื่อต้องให้การดูแลบิดามารดาที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีความรู้สึกสูญเสียอันเป็นที่รัก เพราะผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำ ไม่สามารถจดจำหน้าบุคคลใกล้ชิดได้ นิสัยใจคอและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นคนเอาแต่ใจ ไม่มีความรู้สึกเกรงใจ (กัมมันต์ พันธุจินดา, 2543) แต่เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยในเรื่องการตอบแทนบุญการและการเคารพผู้อาวุโส ผู้ดูแลจึงเกิดความขัดแย้งในใจและคับข้องใจ ที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการ น้อยใจกับสภาพชีวิตของตัวเอง (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548)

จากผลกระทบข้างต้นเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นการเพิ่มงานที่มีอยู่เดิมและยังต้องอดทนต่อสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยอย่างมากในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลหลักต้องทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้สุขภาพและการทำงานของสมองลดลง การกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลประกอบด้วย (Family Caregiver Alliance, 2005 อ้างใน วัลลภา ผ่องแผ้ว, 2553: 26-28)

2.4.1 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (reality orientation) การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้เวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารเช้าหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว ซึ่งผู้ดูแลกระตุ้นได้ โดยการตั้งคำถาม คำตอบ หรือกลวิธีอื่น ๆ ให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสความเป็นจริงรอบตัว ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการรอคำตอบเนื่องจากผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการนึกและตอบคำถาม

2.4.2 การกระตุ้นเตือนความทรงจำ ผู้สูงอายุจะหลงลืมสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายผู้สูงอายุที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์อดีตจะลืมหลังสุดฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะยังจำเหตุการณ์สำคัญที่ประทับใจในชีวิตนี้ได้ ผู้ดูแลควรให้ออกาสผู้สูงอายุเล่าเรื่องประสบการณ์ในอดีต หรือหาเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจอยากจะถูกคุยด้วยมาคุยกัน การนำรูปเก่า ๆ ซึ่งถ่ายไว้ในอดีตมาพูดคุยกันใหม่ จะทำให้บรรยากาศในการพูดคุยดียิ่งขึ้น สำหรับเหตุการณ์ปัจจุบันควรใช้วิธีการช่วยจำ เช่น การที่ผู้สูงอายุจดบันทึกไว้มีนาฬิกาและปฏิทินช่วยเตือน

2.4.3 การดูแลการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปในระยะแรกอาจเดินไม่ค่อยมั่นคงต่อมาก็เดินช้าลงและสุดท้ายเดินลากเท้าหรือในบางรายอาจเดินไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวแลปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น การทำราวติดกำแพงให้ผู้สูงอายุยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับเดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิดที่ง่ายต่อการสวมใส่

2.4.4 การดูแลประจำวันทั่วไป ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพบปัญหาต่าง ๆ อยู่ต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาจะแตกต่างกันในแต่ละรายกลายเป็นภาวะที่ผู้ดูแลต้องรับมือ หากผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติไปได้ เช่น ความปลอดภัยทั่วไป เก็บไม้ขีดไฟแช็คไว้ในที่มิดชิด ระวังเรื่องเตาหุงต้มสำหรับผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำทักษะในการเคลื่อนไหวบกพร่อง ก็ไม่ควรให้หุงต้มอาหารเอง พื้นบ้านควรสะอาดไม่ลื่นหรือมีสิ่งกีดขวางถ้าต้องขึ้นลงบันไดควรทำราวจับและคอยดูแลขึ้นลงทุกครั้ง จัดวางสิ่งของทั่วไปให้เป็นระเบียบอยู่ในตำแหน่งเดิมเสมอเพื่อสะดวกในการหยิบและจดจำ ติดป้ายเครื่องหมาย ตำแหน่งประตู ห้องน้ำ ห้องนอนให้ชัดเจนทำราวจับเดิน ใช้นาฬิกาโทรศัพท์ ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่

2.4.5 การดูแลการขับถ่าย ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้สูงอายุหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเฉพาะเวลากลางคืน ผู้ดูแลอาจให้ความช่วยเหลือโดยการหาสถานที่พักที่สะดวกแก่การดูแล โดยจัดให้ห้องนอนและห้องน้ำอยู่ไม่ไกลกันมากนัก ทางเดือนไม่วกวน เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้สูงอายุจะลุกมาเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองจดบันทึกเวลาขับถ่ายของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีปัสสาวะรดในตอนกลางคืน ควรจะลดปริมาณน้ำดื่มและพาเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนนอน กรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ใช้ผ้าพลาสติกปูรองพื้นพื้นนอน

2.4.6 การควบคุมอารมณ์พฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอารมณ์รุนแรง เปลี่ยนแปลงได้ง่ายต่อสถานที่แปลกใหม่ สับสน อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น ร้องไห้ ตื่นเต้น กลัวหรือโกรธ จะกลบเกล็นปัญหาโดยปฏิเสธการกระทำของตน หรือกล่าวหาผู้อื่น ผู้ดูแลควรจะปฏิบัติเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหานี้ คือ ประการแรกต้องเข้าใจอย่างถูกต้องว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประการที่สอง พยายามลดพฤติกรรมดังกล่าวลงโดยพูดหรือปฏิบัติกับผู้สูงอายุอย่างใจเย็นเป็นขั้นเป็นตอน

2.4.7 การสนทนาและการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาในการใช้คำและชื่อของสิ่งของหรือบุคคลโดยอาจจะใช้คำที่มีเสียงคล้ายๆ กันแทน บางครั้งอาจใช้คำที่มีความหมายคล้ายกันแทนคำที่นึกไม่ออก ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นมากแล้วอาจพูดได้เพียงบางคำหรือพูดลิ้นซ้ำ ๆ กันอยู่ตลอดเวลาหรือพูดไม่รู้เรื่องเลยก็ได้ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ฟังคับข้องใจ สุดท้ายก็อาจนำมาสู่ปัญหาการต่อต้าน โวยวาย และโกรธ เมื่อไม่มีใครเข้าใจเขา ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ช่วยพูดคำต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นคำที่ผู้สูงอายุต้องการจะพูดเพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกคำพูดที่นึกไม่ออก หากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูดก็ลองให้เขาอธิบายหรือชี้สิ่งที่เขาต้องการบอกออกมา ถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรบอกเขาโดยบอกผู้สูงอายุว่าคุณคิดว่าผู้สูงอายุกำลังบอกอะไรคุณ โดยใช้ประโยคง่าย ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยแก้ไขปัญหาการสื่อสารให้ดีขึ้น (กัมมันต์ พันธจินดา, 2543)

### 3. ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแลและจนอาจทำให้กลายเป็นผู้ป่วยด้วยโดยที่คนอื่นมองไม่เห็น โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเป็นผู้ที่ความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการดูแลจะก่อให้เกิดภาวะเครียดกับผู้ดูแลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความผิดปกติเรื่องภาษา การใช้เหตุผล ความจำพฤติกรรมทางสังคม จนถึงระยะสุดท้ายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะจำอะไรไม่ได้แม้แต่ตัวเอง เป็นการสูญเสียบุคคลในครอบครัว ซึ่งยากที่ผู้ดูแลจะปรับสภาพยอมรับได้ (Lueckenott, 2000)

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะเครียดร้อยละ 76.9 ซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล และส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อคลายภาวะเครียด (Bruce et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยของ วรณิภา บุญระยอง (2543) สำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 86.2 ยอมรับว่ารู้สึกหนักใจ ลำบากใจ หรือเกิดภาวะเครียดอันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ในขณะที่เดียวกันส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมเรื่องการตอบแทนบุญคุณบุพการี แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำความยุ่งยากลำบาก หรือมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัวก็ตามและผู้ดูแลร้อยละ 58.62 ที่มีภาวะเครียดไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ หรือหาวิธีผ่อนคลายเลย ในการศึกษาของ Sasat (1998) พบว่า ผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสมีภาวะเครียดร้อยละ 43 ซึ่งมีภาวะเครียดที่ต่ำกว่าคนที่เป็นลูกหลานและผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับภาวะเครียดมากกว่าผู้ดูแลเพศชายเล็กน้อย โดยระดับภาวะเครียดในการดูแลมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสมองเสื่อม จำนวนชั่วโมงในการดูแลและระยะเวลาในการป่วยแต่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

#### 3.1 ความหมายของภาวะเครียด

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายของภาวะเครียด ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้น (stimulus and response definition) ซึ่งให้ความหมายของภาวะเครียดว่า เป็นเหตุการณ์หรือเป็นตัวก่อภาวะเครียด และให้ความหมายด้านการตอบสนองเป็นการให้ความหมายของภาวะเครียดว่า เป็นการโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นตัวรบกวนสมดุล หรือกล่าวได้ว่าภาวะเครียดชนิดนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีตัวกระตุ้นหรือตัวก่อภาวะเครียด ได้แก่ ความต้องการ อันตราย ภาวะคุกคามหรือภาวะเกิดขึ้นมาก่อน ถ้าพบว่ามีภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้นแสดงถึงการตอบสนองภาวะเครียดเกิดขึ้น ซึ่งจะพบภาวะเครียดชนิดนี้ได้มากในทางการแพทย์และชีววิทยา แต่หากบุคคลเกิดการตอบสนองหรือตอบโต้ขึ้นโดยไม่มีตัวก่อภาวะเครียดขึ้นมาก่อนแสดงถึงภาวะเครียดทางจิตวิทยา (psychological stress)

2) ความหมายด้านความสัมพันธ์ (relation definition) เป็นการให้ความหมายของภาวะเครียดว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมี

การรับรู้สถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่หรือรับรู้ว่าคุณสมบัติที่ตนมีดีกว่าและคาดว่าอันตรายหรือความสูญเสียจะเกิดขึ้นต่อตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้ความหมายว่า ภาวะเครียดเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการตื่นตัว เตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกิดกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย และพฤติกรรมตามไปด้วย

โดยสรุป ภาวะเครียด หมายถึง ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ จากการประเมินสถานการณ์นั้นว่าเกิดความไม่เหมาะสม มีการสูญเสียหรือถูกคุกคามต่อบุคคลนั้น ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกาย จนอาจรบกวนการดำเนินชีวิต

### 3.2 สาเหตุภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ดังนี้

1) ภาวะเครียดที่มีสาเหตุจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การเพิ่มระดับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น พฤติกรรมการเดินวุ่นวายไปมาตลอดเวลา (agitation) มีอาการก้าวร้าว (aggressive) เป็นต้น (Hooker. et al., 2002) และอาการทางจิต เช่น สับสน ซึมเศร้า หงุดหงิด การหลงผิด อารมณ์แปรปรวน (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ, 2543) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแล นอกจากนี้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และระยะเวลาในการเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วย (Sasat, 1998)

2) ภาวะเครียดสาเหตุจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแล มีความรู้สึกผิดที่ขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในการดูแล และผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (อัจฉรา เอ็นซ์ และปรีญา รุ่งโสภาสสกุล, 2541) (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; Bruce, 2005) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษา รวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุน (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ, 2543) นอกจากนี้อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีระดับภาวะเครียดในบทบาทต่ำ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ปัญหาต่าง ๆ มีประสบการณ์ในการจัดการภาวะเครียด (คมสัน แก้วระยยะ, 2540) รวมทั้งรายได้ของครอบครัวมีผลต่อภาวะเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลทั่วไป และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค (Kim, et al., 2009; Gitlin et al., 2010)

### 3.3 ภาวะเครียดกับการทำงานของระบบร่างกาย

ขณะที่อยู่ในภาวะเครียด ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ที่สำคัญ คือ ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545:21-22)



1) ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) มีการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งจะมีผลต่อการเต้นของหัวใจ หัวใจจะเต้นเร็วและแรงขึ้น เส้นเลือดตามผิวหนังหดตัว แต่ตามอวัยวะสำคัญจะมีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เช่น หัวใจ ปอด สมอง ส่วนลำไส้จะมีการทำงานลดลง หากภาวะเครียดเกิดขึ้นนาน หรือปัญหาที่เผชิญหน้าเกินกว่าที่จะจัดการได้ ระบบประสาท Parasympathetic จะเข้ามามีบทบาท ส่งผลให้มีอาการเหงื่อออก ลำไส้ ปั่นป่วน กรดในกระเพาะอาหารหลั่งออกมามาก ทั้งสองรูปแบบ คือ สู้และหนี ต่างก็เป็นการเตรียมสภาพร่างกายให้พร้อม แต่ถ้าสภาพเช่นนี้คงอยู่เป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะทนไม่ได้และเกิดความเสียหายตามมาตามแต่อวัยวะที่อ่อนแอ เช่น อาจเกิดความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ปวดศีรษะไมเกรน กระเพาะอาหารเป็นแผล เป็นต้น

2) ฮอโมนจากต่อมหมวกไตที่สำคัญ คือ Adrenaline ซึ่งหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนใน และ Cortisol ซึ่งหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนนอก Adrenaline จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดฝอยหดตัว และความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วน Cortisol เหล่านี้ มีประโยชน์ต่อร่างกายเพราะเป็นการเตรียมพร้อม แต่ในระยะยาวจะมีผลให้ความสมดุลของร่างกายเสียไป ดังนั้นจึงอาจเกิดโรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูงตามมาได้ การที่อวัยวะใดของร่างกายจะได้รับผลมาจากความอ่อนแอของอวัยวะนั้นๆ ซึ่งไม่เหมือนกันในแต่ละคนและกรรมพันธุ์

### 3.4 ระดับภาวะเครียด

Janis (1958) ได้แบ่งภาวะเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ภาวะเครียดระดับต่ำ (mild stress) ได้อธิบายว่า เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม พบนาน ๆ ครั้ง ภาวะเครียดระดับนี้ ช่วยให้บุคคลกระตือรือร้นตื่นตัวเป็นช่วงระยะเวลาไม่นาน ปฏิกริยาที่แสดงออกมาเป็นลักษณะความวิตกกังวล ความเศร้าหรือ ความอายน เป็นภาวะเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามภาวะเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น

2) ภาวะเครียดระดับกลาง (moderate stress) เป็นภาวะเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานาน ภาวะเครียดในระดับนี้อาจคงอยู่เวลาชั่วโมง จนกระทั่งเป็นวัน ภาวะเครียดระดับนี้เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองโดยการต่อสู้กับภาวะเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความคิดเพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เครียด หรือผ่อนคลายภาวะเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

3) ภาวะเครียดระดับรุนแรง (severe stress) ภาวะเครียดระดับนี้เกิดจากบุคคลประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาคุกคาม ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อภาวะเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด ภาวะเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ทำให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

กรมสุขภาพจิต (2546) แบ่งภาวะเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ระดับภาวะเครียดต่ำกว่าปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจ ในกาดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่น

2) ระดับภาวะเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3) ระดับภาวะเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความสบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นภาวะเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นภาวะเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4) ระดับภาวะเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งที่แสดงออกถึงอาจจะเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้งซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก トラบใดที่ความขัดแย้งต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ลักษณะอาการต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น ภาวะเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต

5) ระดับภาวะเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยไว้ให้ภาวะเครียดในระดับนี้ยังคงมีต่อไปโดยไม่ได้นำมาดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด

### 3.5 ผลกระทบจากภาวะเครียด

ภาวะเครียดส่งผลกระทบต่อบุคคล โดยลักษณะภาวะเครียดปรากฏในด้านต่าง ๆ ตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมทางสังคมและจิตวิญญาณ (Rawlins et al., 1993 อ้างถึงใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) เพื่อเป็นการควบคุมหรือลดความต้องการจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด เพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมอีกครั้งหนึ่ง ผลของภาวะเครียดมีดังต่อไปนี้

1) ด้านร่างกายหรือด้านสรีระวิทยา ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะต้นคอ หัวใจเต้นเร็วและแรง ท้องไส้ปั่นป่วน ท้องเสีย ท้องผูกหรือท้องอืด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดตามร่างกาย หายใจเร็ว และถ้าบุคคลมีภาวะเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (sychosomatic disorder) เช่น ไมเกรน โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคเรื้อรัง เป็นต้น และบุคคลที่มีภาวะเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจเสียชีวิตได้

2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวลอยู่ตลอดเวลากระวนกระวาย กระสับกระส่าย คับข้องใจหงุดหงิด โกรธง่าย โมโห ก้าวร้าว ซึมเศร้า รู้สึกถูกคุกคาม สูญเสียและกลัว เป็นต้น

3) ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความรู้ความเข้าใจ การมีความคิดสับสน ความคิดวนเวียนในเรื่องเดิม ความจำและการตัดสินใจเสื่อมลงแปลความหมายของสถานการณ์ผิดพลาดย่ำคิดย่ำทำและคาดการณ์ผลของเหตุการณ์ในทางลบ เป็นต้น

4) ด้านพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาททางสังคม ซึ่งแสดงออกด้วยการไม่อดทน ก้าวร้าว ทะเลาะกับผู้อื่น ไม่พูดกับใคร ปลีกตัวจากสังคม หลีกเลี้ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเกิดความผิดพลาดมาก ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

5) จิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติแนวคิดกับศาสนาที่ยึดถือ ซึ่งแสดงออกโดยรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในชีวิต ขาดความเชื่อมั่นมองตนเองในแง่ลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกผิด อับอาย เป็นต้น

### 3.6 การเผชิญภาวะเครียด

สำหรับการเผชิญภาวะเครียดประกอบด้วย 5 วิธี ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

- 1) การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข
- 2) การกระทำโดยตรง (Direct action) เป็นการกระทำไม่ใช่ความนึกคิดเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด
- 3) การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย
- 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง
- 5) การใช้กลไกทางจิต (Intra psychic) เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้นซึ่งรวมถึงการเผชิญเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น

### 3.7 การปฏิบัติการรักษาทางเลือกกับการลดภาวะเครียด

ปัจจุบันเทคโนโลยีการแพทย์ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการวิจัยและการปฏิบัติการรักษาทางเลือกที่มีความสำคัญมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพยายาลองคร่อมต่อผู้ป่วยและครอบครัวการดูแลแบบผสมผสาน หรือมักนิยมเรียกว่าการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เป็นแนวทางการปฏิบัติการรักษาทางเลือกเพื่อการวินิจฉัยรักษาและป้องกันโรค นอกเหนือจากศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน จำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก ที่จัดแบ่งโดย National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) (2005) (อ้างใน สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552) ออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

- 1) Alternative medical systems คือ การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษา วินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธี ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษา และหัตถการต่าง ๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน การแพทย์แบบอายุรเวชของอินเดีย เป็นต้น
- 2) Mind-body intervention คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจจากแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (mind – body connection) อธิบายว่าการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจโดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) ซึ่งช่วยผ่อนคลายด้านจิตใจมีหลายวิธี เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชี่กง เป็นต้น
- 3) Biologically based therapies คือ วิธีการบำบัดรักษาโรคการใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่าง ๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน อาหารสุขภาพ เป็นต้น

4) Manipulative based body-based methods คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การตัด การจัดกระดูก เป็นต้น

5) Energy therapies คือ วิธีการบำบัดรักษา ที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษาที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เป็นต้น

การรักษาทางเลือกเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายที่นิยมนำมาใช้ในการลดภาวะเครียด มีดังต่อไปนี้

1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (progressive muscle relaxation) เมื่อมีความเครียดทางอารมณ์สูงขึ้น กล้ามเนื้อจะหดตัว และมีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นและถ้าได้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้อารมณ์สงบได้ ซึ่งได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติโดยคณะเป็นการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้กล้ามเนื้อเฉพาะส่วนตึงและหย่อนตามลำดับ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2546) และการศึกษาของ กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) พบว่า ความวิตกกังวลของของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีรพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การนวด (massage) เป็นการสัมผัสที่เป็นสื่อไปสู่การสร้างความสุขสบายเกิดความผ่อนคลาย เนื่องจากเมื่อมีการนวดที่บริเวณใดตรงส่วนนั้นก็จะมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น กล้ามเนื้อตึงเครียดจะผ่อนคลายลง ทำให้หลับได้ดีด้วย ซึ่งผู้ปฏิบัติต้องผ่านการเรียนรู้เรื่องวิธีการนวดที่ถูกวิธีการศึกษาของ Bypass (1998) พบว่า การนวดมีผลทำให้เกิดความผ่อนคลายได้การได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นประจำ จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าสู่กระบวนการบรรเทาทุกข์สร้างความสุขสบาย (healing process)

3) การรักษาด้วยน้ำมันหอม (aromatherapy) เป็นวิธีนิยมในกลุ่มพยาบาลเชื่อว่าเป็นการรักษาแบบองค์รวม มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดด้วยวิธีใช้และไม่ใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมด้วยในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การนวดมีผลดีกับความวิตกกังวลและมีผลดียิ่งขึ้นเมื่อมีการใช้น้ำมันหอมร่วมด้วย แต่ผลการวิจัยทั้งหมดมีผลในระยะสั้น (Coner et al., 1995)

4) การทำสมาธิ (mediation) เป็นวิธีที่มีพลังมากที่สุดสำหรับการเอาชนะความเครียดทำให้เกิดความผ่อนคลายอย่างลึกซึ้ง สามารถทำได้ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้ทุกเวลา เพียงใช้ลมหายใจที่มีอยู่ ส่งผลให้จังหวะคลื่นไฟฟ้าในสมองเปลี่ยนแปลงและช่วยป้องกันให้ต่อสู้กับผลของความเครียดทางลบได้ดี (มนูญ ตนะวัฒนา, 2539) แต่ผู้ใช้ควรมีพื้นฐานและทักษะในการปฏิบัติสมาธิ

5) การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) เป็นวิธีเพื่อให้บุคคลเกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความกลัว ลดความตึงเครียดและลดความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจลง ผู้ที่ให้การบำบัดคือบุคคลที่มีใจนักดนตรี

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเนื่องจากเป็นเทคนิคที่ใช้วิธีการฝึกให้ผู้ดูแลสามารถที่จะบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้เมื่อต้องการ เป็นการควบคุมกล้ามเนื้อกลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความยากลำบากในการนำมาใช้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ฝึกจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และพบว่า การผ่อนคลาย

คลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าทำให้ผู้ดูแลมีระดับภาวะเครียด ปัญหาการดูแล ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์โกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแลมีสุขภาพ หน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตดีขึ้น (Lewis et al., 2009) การจัดการกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจินตนาการความคิดทางบวกและการวิเคราะห์เหตุการณ์ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาการดูแลของผู้ดูแล และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น (Lee et al., 2011) และมีอาการปวดศีรษะ ภาวะเครียดลดลง (สุนันทา บุญรักษา 2548)

#### 4. แนวคิดผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

การผ่อนคลายเป็นสภาพที่อยู่ตรงกันข้ามกับสภาพที่ตึงเครียด เมื่อมีการผ่อนคลายจะทำให้จิตใจรู้สึกสงบ เยือกเย็น เบาสบาย แจ่มใส ปราศจากความวิตกกังวลและความเครียด (มารยาท รุจิวิทย์, 2548) การผ่อนคลายมีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

##### 4.1 ความหมายของการผ่อนคลาย

Jacobson (1976) กล่าวว่า การผ่อนคลาย คือ ภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัวตามธรรมชาติ ร่างกายอยู่ในสภาพปราศจากความตึงเครียดเมื่อยล้าและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

Walker (1981) กล่าวว่า การผ่อนคลาย คือ วิธีการหรือเทคนิคที่นำมาใช้เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยการฝึกให้บุคคลสามารถบังคับกล้ามเนื้อให้อยู่ใต้อำนาจได้ เป็นการฝึกเพื่อช่วยลดเฉพาะอาการที่เกิดจากภาวะเครียด โดยไม่มุ่งแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของภาวะเครียด

Dossey & Guzzetta 1992 กล่าวว่า การผ่อนคลาย เป็นสภาวะทางสรีรจิตที่มีลักษณะการทำงานของระบบประสาท Parasympathetic ที่เด่น เป็นการตอบสนองการทำงานที่อวัยวะภายในและภายนอก เป็นสภาวะที่ปราศจากความกดดันทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์

สรุปได้ว่า การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่ปราศจากความกดดัน ทั้งจากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่ง แวดล้อม โดยปราศจากความตึงเครียดและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ

##### 4.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

Jacobson (1976) ได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเป็นการลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจ ระดับความดันโลหิตและการขับเหงื่อ รวมถึงผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะได้รับผลดีต่อร่างกาย โดยอาศัยสมมติฐานที่ว่า ร่างกายจะตอบสนองต่อความคิดหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ดังนั้นการผ่อนคลายของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องจะลดความตึงเครียดทางสรีรวิทยาและทำให้ความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า จะช่วยทำให้ทราบว่ากล้ามเนื้อที่จำเพาะหรือกลุ่มกล้ามเนื้อส่วนใดมีความตึงเครียดและยังช่วยให้เห็นความแตกต่างระหว่างความรู้สึกของความตึงเครียด และความผ่อนคลายที่ลึก การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อบริเวณ เท้า น่อง ต้นขา มือแขน ต้นแขน หัวไหล่ หน้าอก หน้าท้อง คอ

หน้าผาก คิ้วตา แก้ม และปาก ตามลำดับ ซึ่งต้องปฏิบัติพร้อมกับ กำหนดจิต อารมณ์ ให้สงบนิ่ง เฟ่งจิตตรงจุดที่เกร็ง และคลายให้นานพอ จึงจะควบคุมความตึงเครียดได้

4.2.1 ประเภทของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Snyder, 1998) คือ

1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (active progressive muscle relaxation) เป็นการช่วยให้บุคคลจำแนกถึงความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเกร็งของกล้ามเนื้อและความรู้สึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อสูงสุด โดยฝึกแต่ละกลุ่มของกล้ามเนื้อใช้เวลาเกร็งประมาณ 5-7 วินาที และผ่อนคลายในเวลาต่อมาประมาณ 20-30 วินาที การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบนี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียดซึ่งความตึงเครียดทางร่างกายมาจากสภาพอารมณ์ที่วิตกกังวล หวั่นไหว ตื่นเต้น ซึมเศร้า หรือมาจากความคิดที่สับสนหมกหมุ่น ย้ำคิด มองโลกในแง่ร้าย โดยที่ความคิดและอารมณ์เหล่านี้สามารถส่งผลถึงสรีระวิทยาได้ การคลายความตึงเครียดจึงต้องคลายที่ระบบกล้ามเนื้อก่อน (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550)

2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (passive progressive muscle relaxation) เป็นการผ่อนคลายแบบไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อก่อน มีความแตกต่างจากวิธีการเกร็งแล้วผ่อนคลาย คือการจัดเรียงลำดับในส่วนของร่างกายที่ต้องการผ่อนคลาย โดยจะมุ่งความคิดความรู้สึกไปที่กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกาย รู้ว่ากล้ามเนื้อตรงจุดนั้น ๆ อยู่ในสภาพใดให้เริ่มคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่บริเวณใบหน้า รอบ ๆ ดวงตา ขากรรไกร คอ ไหล่ แขนส่วนบนและล่างมือ ออก ท้อง ขา น่อง ข้อเท้า จนกระทั่งทุกส่วนมีการผ่อนคลาย (สมบัติ ตาปัญญา, 2526) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อนนี้ ผู้ฝึกจะต้องเรียนรู้ที่จะตระหนักถึงประสาทรับรู้ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ประสาทรับรู้ความรู้สึกนี้จะช่วยให้บุคคลได้วิเคราะห์และบรรเทาความตึงเครียด เป็นการผ่อนคลายโดยวิธีการระลึกถึงความเครียดของกล้ามเนื้อ (muscle tension) (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยเกร็งก่อนแล้วค่อยผ่อนคลายเนื่องจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบนี้สามารถทำได้ทั้งในท่านอนหรือท่านั่งในเก้าอี้ที่มีที่รองศีรษะ โดยพยายามให้ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลายและสบายมากที่สุด เท่าที่จะทำได้ หลับตาทั้งสองข้าง กำหนดจิตไว้ที่ปลายจมูก หายใจเข้า หายใจออกลึก ๆ เวลาหายใจเข้า ให้นึกในใจว่า "เข้า" เวลาหายใจออก ให้นึกในใจว่า "ออก" หายใจเข้าหายใจออกไปเรื่อย ๆ เมื่อรู้สึกที่จิตใจเริ่มสงบและร่างกายเริ่มผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแต่ละมัดหรือแต่ละกลุ่มถูกทำให้เกิดความเครียด เป็นเวลา 5-7 วินาที หรือโดยการนับ 1-10 ซ้ำ ๆ และต่อมาถูกทำให้เกิดความผ่อนคลายเป็นเวลา 20-30 วินาที วิธีการนี้จะต้องทำซ้ำอย่างน้อย 5 ครั้ง เมื่อปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวจนชำนาญแล้ว ควรหลับตาและมุ่งความใส่ใจไปที่กล้ามเนื้อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; Snyder, 1998)

#### 4.3 องค์ประกอบที่จำเป็นในการฝึกผ่อนคลาย

องค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นในการฝึกผ่อนคลาย คือการจัดบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการฝึกผ่อนคลาย ซึ่งมีเงื่อนไข ดังนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526; Titlebaum, 1988)

4.3.1 สถานที่ใช้ฝึกควรเป็นสถานที่เงียบสงบ มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด อากาศเย็นสบาย แสงสว่างไม่จ้าตา เพื่อลดสิ่งกระตุ้นภายนอกที่อยู่รอบตัว

4.3.2 ใส่เสื้อผ้าหลวมสบาย ถอดรองเท้าและเครื่องประดับต่าง ๆ ออก

4.3.3 ท้องไม่อิ่มหรือหิวจนเกินไป เนื่องจากการรับประทานอิ่มจนเกินไปอาจจะทำให้แน่นท้อง และถ้าหิวจัดบางคนหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ

4.3.4 ท่าที่สบาย ควรจัดท่าที่เหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อโดยสามารถใช้ท่านั่งเอนหลังหรือนอนก็ได้ สำหรับท่านอนควรนอนบนพื้นที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป มีอวางหงายห่างลำตัวเล็กน้อย อาจใช้หมอนเล็ก ๆหนุนให้พอดีกับส่วนคอ และท้ายทอยและใช้หมอนรองใต้เข่าทั้งสองข้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้น

4.3.5 ให้ผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งโดยใช้เครื่องมือหรือสิ่งเร้า เช่น การใช้เสียงถ้อยคำ วลีซ้ำ ๆ การฟังเสียงจากเทปบันทึกเสียง ให้ผู้ฝึกหลับตาเพื่อรวบรวมจุดสนใจได้ดีขึ้น

4.3.6 ความรู้สึกที่ไม่ต่อต้านหรือขัดแย้งกับตัวเองมากเกินไป เพราะความมุ่งมั่นเข้มงวดตนเองฝึกให้ประสบผลสำเร็จมากเกินไป จะยิ่งทำให้เกิดความเครียดไม่สามารถผ่อนคลายได้อย่างแท้จริง การผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจอย่างสมบูรณ์และไม่ควรฝึกในเวลาที่ยาวหรืออึดเกินไป ง่วงนอนหรือร่างกายไม่พร้อม

#### 4.4 ผลของการผ่อนคลาย

ผลของการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นต่อร่างกายแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ ด้านกายภาพและด้านจิตใจและอารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; มารยาท รุจิวิทย์, 2548; Benson & Crassweller, 1977)

##### 4.4.1 ด้านกายภาพ

1) ลดความเจ็บปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เพิ่มความสบายลดความทุกข์ทรมาน เนื่องจากการผ่อนคลายจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมอง ทำให้เกิดกลไกปิดกั้น การควบคุมประตูในระดัประตูลงตามทฤษฎีการควบคุมประตู (the gate theory) ความเจ็บปวดจึงลดลง นอกจากนี้ การผ่อนคลายยังช่วยขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง

2) ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจึงทำงานเด่นขึ้น เนื่องจากการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus และ Reticular Formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและอัตราการเผาผลาญ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย

3) ลดอัตราการใช้ออกซิเจน อัตราการหายใจและปริมาณ Lactate ในเลือด เนื่องจากพบว่าในภาวะเครียดและวิตกกังวลปริมาณ Lactate ในเลือดจะสูงขึ้น ซึ่งจากการลดสิ่งเร้าต่อระบบ Reticular Formation ส่งผลให้ศูนย์ควบคุมการหายใจใน Medulla Oblongata ลดลง การใช้ออกซิเจนลดลง การคั่งของกรดแลคติกจึงลดลง

4) ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อเนื่องจากการผ่อนคลายจะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งมีผลช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

5) ส่งเสริมการนอนหลับให้ดีขึ้นเพิ่มคลื่นแอลฟาซึ่งเป็นคลื่นสมองขณะผ่อนคลาย เนื่องจากลดต่อสิ่งกระตุ้นของสมองทำให้สามารถเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการนอนได้ดีขึ้น

6) ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยจึงมีสภาพร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติได้ดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพพลดลง

#### 4.4.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

การผ่อนคลายสามารถลดภาวะเครียด และความวิตกกังวลได้ โดยในขณะที่มีการผ่อนคลาย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะลดลง ระบบประสาทลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์ ถูกกระตุ้นน้อยลง สภาพจิตใจและอารมณ์สงบลงไม่เกิดอารมณ์ในเชิงลบ เช่น ความเครียดความโกรธ หงุดหงิด ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข สงบ แจ่มใส เบิกบาน นอกจากนี้การผ่อนคลายจะทำให้เกิดสมาธิ จิตใจสงบ มีความตั้งมั่นมีสติ สามารถหาเหตุผลหาทางออกแก่จิตใจ จึงไม่เกิดภาวะเครียด ตามมาจากการเจ็บป่วยของตน

### 4.5 การประเมินภาวะผ่อนคลาย

การประเมินภาวะผ่อนคลายสามารถทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งสามารถสรุปหลักในการประเมินได้ดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; มารยาท รุจิวิทย์, 2548; Aiken & Henrichs, 1971)

4.5.1 จากการบันทึกของผู้รับการฝึกผ่อนคลาย การผ่อนคลายจัดได้ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ทำให้รู้สึกเบาเนื้อตัว รู้สึกสบายใจ โปร่งใจ คล่องตัวและสบายตัว ดังนั้นสถานะด้านอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลบันทึกได้ด้วยตัวเองถือว่าเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้

4.5.2 การใช้เครื่องมือตรวจจับ มีหลายประเภท เช่น แบบทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการชนิดต่าง ๆ เช่น การใช้เทปสี การวัดอุณหภูมิของผิวหนัง และการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยแสดงให้ผู้ฝึกเห็นในรูปของสัญญาณ เสียง แสง กราฟ หรือสเกล เช่น ถ้าต้องการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในอยู่ในระดับปกติ สามารถทำได้โดยใช้อุปกรณ์ป้อนกลับทางชีวภาพที่ช่วยวัดและแสดงระดับของความดันโลหิต ด้วยวิธีการนี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติเรียนรู้ได้ว่าระดับความดันโลหิตลดลงได้มากน้อยเพียงไร และสามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่ต้องการได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการผ่อนคลายของ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ปฏิบัติและการผ่อนคลายก่อนและหลัง โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) เนื่องจากผู้ปฏิบัติสามารถบันทึกได้ด้วยตัวเอง ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า ไม่รู้สึกผ่อนคลาย ปลายด้านขวาสุดแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า ผ่อนคลายมากที่สุด อาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง เช่น ด้านจิตใจ รู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง คลายกังวลความคิดไม่สับสน ไม่หงุดหงิด ไม่กลัว ด้านอารมณ์ อารมณ์เย็นขึ้น สบายใจ เป็นสุข ด้านร่างกาย ปวดเมื่อยตัวน้อยลง ไม่ปวดไม่ตึงที่แขน ขา หลัง หัว



## 5. แนวคิดการให้ข้อมูล

การแสวงหาความรู้ เป็นรูปแบบหนึ่งในการเผชิญภาวะเครียด เพื่อนำมาวิเคราะห์ประเมิน ภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไข การให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ตรงกับความ ต้องการและเพียงพอ จึงเป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (ชอลดา พันธุ เสนา, 2536) เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และแปลความหมายต่อสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นใน ช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่ เหมาะสมตามความสามารถของตนเอง เป็นการลวงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือ ภาวะเครียดจะลดลง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ต่าง ๆ ทางการรักษาให้กับ ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและความประทับใจในการบริการ การสื่อสาร ทางการพยาบาล มีหลายประเภทและควรเลือกใช้ให้เหมาะสมสำหรับแต่ละสถานการณ์ โดยการ สื่อสารทางการพยาบาลที่พบได้บ่อย สรุปได้ 3 ประเภทดังนี้ (วีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2551)

1) การให้ข้อมูลโดยการแนะนำโดยตรง เป็นการสอนที่นิยมกันทั่วไป เนื่องจากปฏิบัติได้ ง่าย ไม่ต้องอาศัยเทคนิคในการสื่อสารมาก เป็นการสรุปเนื้อหาสั้น ๆ ให้ผู้รับบริการได้มีความรู้ความ เข้าใจ บางครั้งอาจใช้สื่อรูปภาพหรือเอกสารประกอบ

2) การแนะนำลวงหน้า มีลักษณะคล้ายคลึงกับการให้ความรู้แต่ข้อมูลที่สื่อเป็นข้อมูลที่ คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการในอนาคต มีประโยชน์ในแง่การป้องกันและติดตาม

3) การให้คำปรึกษา เป็นวิธีการสื่อสารที่ต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ขั้นสูงในการสื่อสาร มีหลักการในการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการสื่อสารสองทาง

### 5.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

พิกุล ตันติธรรม (2533) กล่าวว่า การให้ข้อมูลหมายถึงการให้ข้อมูลตามที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) กล่าวว่า การให้ข้อมูล หมายถึง การให้ข้อมูลรายละเอียด ข้อเท็จจริงและคำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

อารุณี อัครศุภฤกษ์ (2547) กล่าวว่า การให้ข้อมูล เป็นการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดที่ เป็นจริงและจำเป็นแก่ผู้รับบริการ เกี่ยวกับโรค สาเหตุของโรค ความรุนแรง การรักษา

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การให้ข้อมูล หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียดและคำแนะนำ เป็น การอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดตามความเป็นจริงและจำเป็นแก่ผู้ดูแล ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

### 5.2 หลักพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล

พยาบาลมีบทบาทอิสระในการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นผู้ที่ ต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาของ Grant. (1996) พบว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการ ข้อมูลในเรื่องสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และความต้องการการ

สนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ดังนั้นการให้ข้อมูลจึงมีส่วนสำคัญในการลดภาวะเครียดของผู้ดูแล โดยมีพื้นฐานการให้ข้อมูล ดังนี้ (อัจฉรา คงกิติมากุล, 2545)

- 1) ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นเรื่องเดียวกันและมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
- 2) เนื้อหาต้องครอบคลุม และมีความถูกต้องแม่นยำ
- 3) ภาษาที่ใช้ต้องเข้าใจง่าย ไม่คลุมเครือ มีความเฉพาะเจาะจง หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่ไม่เข้าใจแจ่มแจ้ง ได้แก่ คำว่า บางครั้ง บ่อย ๆ
- 4) ข้อมูลที่ให้ต้องมีความกระชับและชัดเจน
- 5) การควบคุมภาษาและความเร็วในการใช้ภาษา ท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ
- 6) การยกตัวอย่างประกอบจะทำให้การให้ข้อมูลนั้นง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น
- 7) การบอข้อมูลย้อนกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับข้อมูลที่ให้ ผู้รับบริการรับข้อมูลได้มากน้อยเพียงไร ถูกต้องหรือเข้าใจมากน้อยแค่ไหน ความสนใจ ความคิดเห็น ซึ่งต้องอาศัยการแสดงออกของใบหน้าผู้รับบริการในการรับข้อมูล

### 5.3 วิธีการและแนวทางในการให้ข้อมูล

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้

1) การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับความรู้ เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2) การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มบุคคลในกลุ่มโดยสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้

ข้อควรคำนึงถึงในการให้ข้อมูล ดังนี้

1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการการรับข้อมูล สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความกังวล ภาวะเครียดของผู้รับข้อมูล

2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูล เพื่อเกิดความไว้วางใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร ให้ความสนใจกับผู้รับข้อมูลมากที่สุด

3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ ควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

4) มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก

5) จัดสิ่งแวดล้อมบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงรบกวนขณะให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการให้ข้อมูลรายบุคคลมาใช้ โดยผู้วิจัยคำนึงถึงสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถต่อการรับรู้ ความต้องการรับข้อมูลของผู้ดูแล และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางที่เป็นมิตร และให้ความสนใจกับผู้รับข้อมูล

## 6. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดของ Gitlin et al. (2001) ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยจะเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อน และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะไปกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีอาการด้านพฤติกรรมมากขึ้น เช่น อาการก้าวร้าว ภาวะงุนงงวุ่นวาย เป็นต้น โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไปลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีดังต่อไปนี้

### 6.1 การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การออกแบบการจัดสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยหลักสำคัญ (Maria & Mary, 2007 อ้างใน ชนนันต์ แสงสีดา, 2552) ดังนี้

#### 6.1.1 ด้านความปลอดภัย การจัดที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัย มีหลักดังนี้

1) พื้นและวัสดุปูพื้นวัสดุปูพื้นต้องมีลักษณะไม่ลื่นและไม่ควรลงแว็กซ์ จัดเก็บพรมเช็ดเท้าที่อาจทำให้เกิดการลื่นหกล้มได้ ควรเลือกใช้พรมสีเรียบมากกว่าใช้พรมที่มีลวดลายสีฉูดฉาด ยึดหรือติดเทปกาวที่พรมเช็ดเท้า เพื่อป้องกันการลื่นล้ม

2) ทางเดิน ผู้ดูแลควรออกแบบทางเดินให้มีความปลอดภัย ลักษณะเป็นทางเดินแบบเดินวน จัดเก็บข้าวของที่วางเกะกะ ไม่ให้เกิดขวางทางเดิน เก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เป็นอันตรายให้พ้นจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จัดทำเส้นทางที่ใช้สำหรับหนีไฟ จัดเก็บสิ่งของที่อาจทำให้เกิดอันตรายจากการลื่นล้มทั้งหมด จัดเก็บวัตถุมีพิษต่าง ๆ ที่อาจมีลักษณะคล้ายผลิตภัณฑ์อาหาร เก็บของมีคมต่างๆให้เรียบร้อยไม่ควรปลูกต้นไม้ที่มีหนามแหลมคมไว้ภายในบ้าน

3) บันไดติดตั้งราวจับบริเวณบันไดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย ติดตั้งแถบกันลื่นบริเวณขั้นบันไดและใช้สีที่แตกต่างกับสีพื้นในขั้นแรกและขั้นสุดท้ายเพื่อช่วยในการรับรู้ความรู้สึกของบันได ติดตั้งประตูรั้วและกุญแจล็อก บริเวณบันไดขั้นสุดท้าย (ขั้นบน) โดยให้ประตูมีความสูงมากกว่าเอวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการอันตรายที่อาจเกิดจากการปีนข้ามรั้วได้ บันไดจะต้องมีลักษณะพื้นผิวที่ไม่ใช้โลหะเปลือยหรือยางผิวด้านเพราะจะทำให้เกิดการลื่นล้มได้

4) ประตูไม่ควรติดตั้งใช้ค้ำประตู เกือบหรือซ่อนริ้วประตูทุกชั้นให้พ้นจากผู้สูงอายุ ติดตั้งระบบล็อก ระบบสัญญาณเตือน กระจกที่ประตูทางเข้า ประตูรั้ว

5) เฟอร์นิเจอร์ ควรเคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่จำเป็นออก จัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้มีพื้นที่เพียงพอสำหรับทางเดิน หรือเก้าอี้รถเข็น จัดเฟอร์นิเจอร์ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่ควรเคลื่อนย้ายในภายหลัง เก้าอี้นั่งควรมีพนักแขนเพื่อช่วยพยุงตัวสำหรับการลุก-นั่ง ติดตั้งอุปกรณ์กันกระแทกตามมุมเฟอร์นิเจอร์ ตู้ลิ้นชัก โต๊ะเครื่องแป้ง ความสูงของเก้าอี้ควรอยู่ที่ 50 เซนติเมตร ติดเทปกาวสะท้อนแสงตามเหลี่ยมคมต่าง ๆ ที่เฟอร์นิเจอร์ เพื่อป้องกันการกระแทกของผู้สูงอายุ ล็อคกุญแจตู้เก็บเสื้อผ้า เบียร์และของมีคมต่าง ๆ ควรเก็บอาวุธปืนในตู้ที่มีกุญแจล็อค ปกปิดวัสดุที่มีลักษณะมันวาวหรือกระจกสะท้อนที่อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีอาการสับสน ก้าวร้าวได้

6) ไฟฟ้าแสงสว่าง อุปกรณ์ไฟฟ้าและงานระบบต่าง ๆ วางโทรศัพท์และไฟฉายไว้ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการใช้งาน สำหรับท่อน้ำร้อนควรหาวัดอุณหภูมิเพื่อป้องกันอันตราย ติดตั้งไฟแสงสว่างสำหรับเวลากลางคืน ในบริเวณบันไดและทางเดิน ติดตั้งสัญญาณจับควันไฟทุกชั้นและทุกห้อง การติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่าง ควรหลีกเลี่ยงแสงที่จ้าเกินไป โดยใช้แสงแบบทางอ้อม (Indirect) เช่น การติดไฟผนัง เป็นต้น ใช้หลอดไฟที่มีขนาดกำลัง 100-200 วัตต์ ในพื้นที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ติดฉนวนกันความร้อน ติดตั้งปลั๊กที่ป้องกันนิ้วเหยียด (สำหรับเด็ก) ทุก ๆ เต้ารับภายในบ้าน

#### 6.1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ใช้สอยต่าง ๆ

1) ห้องนั่งเล่นและห้องทำงานลักษณะของห้องนั่งเล่นที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำได้โดยการจัดเฟอร์นิเจอร์ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งาน เช่น โซฟามีการยกระดับความสูง มีที่วางแขนและพนักพิงที่สบาย มีเครื่องปรับอากาศ ปรับอุณหภูมิที่เหมาะสม มีที่วางน้ำดื่มที่ง่ายต่อการสังเกต มีรูปถ่ายหรือภาพในอดีตวางอยู่ในห้อง มีพรมเช็ดเท้า และเฟอร์นิเจอร์ในห้องควรมีการลบบวมเพื่อความปลอดภัย มีกระดาษบันทึกติดไว้ที่ผนังห้อง (Teri & Wagner, 1992)

ลักษณะของที่ทำงานที่บ้านที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสิ่งสำคัญ คือ การจดบันทึกเพื่อการจดจำ เช่น ควรมีบอร์ดตารางแสดงวันนัดหมายและมีรูปภาพของผู้ที่จะไปติดต่อกับมีนาฬิกาที่บอกวัน เวลา มีเบอร์โทรฉุกเฉิน มีรูปภาพคนในครอบครัว มีขนมและเครื่องดื่มที่ทานเป็นประจำ การลดความสับสน เช่น การเลี้ยงสุนัขไว้เป็นเพื่อน การใช้โต๊ะที่ลบบวมขอบโต๊ะ เป็นต้น

2) ห้องครัวและพื้นที่รับประทานอาหารลักษณะของห้องครัวที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก เช่น การลดการวางของบนเคาน์เตอร์ที่อาจทำให้เกิดความสับสนต่อการใช้งาน การใช้สวิตช์ไฟที่มีระบบการตัดไฟอัตโนมัติ มีที่วางถ้วยน้ำที่สังเกตได้ง่าย การใช้ชั้นลอยเหนือเคาน์เตอร์แบบไม่มีบานปิดเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรือคันของผู้สูงอายุ มีการลบบวมเคาน์เตอร์และมุมโต๊ะอาหารป้องกันการกระแทก เก้าอี้รับประทานอาหารควรมีที่วางแขนสูงกว่าปกติ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

3) ห้องน้ำและส่วนอาบน้ำลักษณะของห้องน้ำที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรคำนึงถึงการจัดเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เป็นระเบียบและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น มีตู้เก็บของใช้ในห้องน้ำ มีเครื่องทำน้ำร้อน-น้ำเย็น มีพรมเช็ดเท้าและตะกร้าทิ้งกระดาษชำระที่เคลื่อนย้ายได้ มีการยกระดับโถสุขภัณฑ์และมีเครื่องช่วยพยุงตัว มีสัญลักษณ์แสดงปุ่มกดน้ำทิ้งสำหรับโถสุขภัณฑ์ มีช่องใส่กระดาษชำระ สีของที่นั่งสุขภัณฑ์ควรติดกับสีห้อง มีที่นั่งอาบน้ำ ราวจับในส่วนอาบน้ำ มีแผ่นยางกันลื่นในส่วนอาบน้ำ มีเก้าอี้สำหรับผู้ดูแล มีช่องสำหรับวางสบู่ ฝักบัวอาบน้ำสามารถเคลื่อนย้ายได้ มี

แสงสว่างที่เพียงพอ มีช่องเสียบปลั๊กไฟ มีการใช้น้ำหอม การเปิดวิทยุ และตกแต่งกระถางต้นไม้เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

4) ห้องนอนลักษณะการจัดห้องนอนที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเจ็บสบเพื่อการพักผ่อนของผู้สูงอายุ เช่น ยกกระดานเตียงให้สูงขึ้น และมีที่ก้าวเท้าขึ้นที่แข็งแรงถาวร มีการลบมุมเฟอร์นิเจอร์ มีแก้วน้ำและน้ำดื่มภายในห้องนอน การติดตั้งเครื่องปรับอากาศให้มีอุณหภูมิที่เหมาะสม มีเก้าอี้ที่มีพนักพิงและที่วางแขน ตู้เสื้อผ้าควรเป็นบานสไลด์และเปิดไว้ 1 บาน เพื่อให้ง่ายต่อการหยิบใช้ เสื้อผ้าที่กำลังจะใส่ควรวางไว้บนเตียงนอนสีของผ้าคลุมเตียงควรคละสีกับเตียงนอน มีทางเดินได้รอบเตียงนอน (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

5) พื้น ประตู หน้าต่างและบันไดควรคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โดยป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลื่นล้ม การช่วยผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ติดตั้งสัญญาณเตือนภัยที่จะดังขึ้นเมื่อมีคนออกจากบ้าน ที่ล็อคประตูควรติดตั้งในระดับใกล้เคียงกับพื้นเพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้ไม่สังเกตเห็นได้ง่าย หรืออาจใช้ระบบล็อคแบบรหัส กลอนประตูควรมีวัสดุหุ้มเพื่อไม่สามารถหมุนเปิดได้ง่าย หน้าต่างควรมีราวกัน (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

6) เฟอร์นิเจอร์ควรคำนึงถึงความเป็นระเบียบต่อการใช้งาน เช่น การวางสิ่งของเฉพาะที่จำเป็นการจัดให้มีตู้เก็บของที่สามารถล็อคได้ สามารถใช้งานได้สะดวกและจดจำได้ง่าย ไม่ควรเคลื่อนย้ายบ่อยเพราะจะทำให้เกิดความสับสน แก้วที่ต้องเคลื่อนย้ายได้อย่างอิสระแต่โต๊ะรับประทานอาหารควรยึดแบบถาวร (Teri & Wagner, 1992)

7) สิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ (เครื่องปรับอากาศ โคมไฟฟ้า ฯลฯ) หลักการออกแบบ ทำได้โดยควรเพิ่มความปลอดภัยมากขึ้น สร้างสภาวะความสะอาดภายในห้อง ลดแสงที่จ้าเกินไป เช่น การใช้ผ้าม่าน หรือมู่ลี่ปรับแสง การปรับลดแสงสะท้อนเช่น แสงสะท้อนจากพื้นและผนัง (Margaret & Arch, 2007) เป็นต้น

8) พื้นที่ภายนอกและการจัดสิ่งแวดล้อมหลักการออกแบบ ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีเป็นประจำ การพยายามให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนน้อยที่สุด โดยลดอาการสับสน ความตกใจจากเสียงดังและแสงที่เข้าตา การสร้างความสงบให้ผู้สูงอายุสามารถพักผ่อนได้ การกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจและสมาธิขณะทำกิจกรรม การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงภายในบ้านเพื่อระงับและลดความตึงเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Robert, 2005)

จากแนวคิดและมาตรฐานในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสำคัญและมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมจะทำให้อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสงบลงได้ ส่งผลต่อการดูแลและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การคงไว้ซึ่งความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นการลดภาระและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลได้

## 7. การโทรศัพท์ติดตาม

การโทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมที่ต้องการ

ความสะดวก รวดเร็ว ปัจจุบันได้นำโทรศัพท์มาใช้ติดตามประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโครงการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Rice, 2000)

### 7.1 ความหมายของการโทรศัพท์ติดตาม

มีผู้นิยามการโทรศัพท์ติดตามไว้จำนวนมาก ซึ่งคำจำกัดความและความหมายที่ใช้กันอยู่เป็นการแสดงตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล สามารถสรุปได้ดังนี้

วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ หมายถึง การสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการและภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกระตุ้นผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

Shu, Mermina & Nystrom (1996) กล่าวว่า การโทรศัพท์ติดตามเป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Rice (2000) กล่าวว่า การโทรศัพท์ติดตามเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้การปรึกษา และประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ การโทรศัพท์ติดตาม หมายถึง การให้ความรู้ กระตุ้น แนะนำและให้คำปรึกษา รวมทั้ง ติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

### 7.2 ขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์

การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น เพื่อให้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพ (สุนันทา คำพอ, 2540; Shinn, 1986 อ้างถึงใน นภดล เวชสวัสดิ์, 2548) จึงควรคำนึงถึงขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ดังนี้

7.2.1 ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ตามแบบรุ่นที่มีอยู่ให้เข้าใจและเตรียมข้อมูล วางแผน เรียงลำดับหัวข้อการสนทนา ที่ต้องการสอบถามไว้ล่วงหน้า จัดวางกระดาษและปากกาให้อยู่ใกล้มือ

7.2.2 เลือกเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรต่อโทรศัพท์ไปแต่เช้ามืด เพราะผู้รับอาจจะยุ่งอยู่ไม่พร้อมที่จะคุย หรือไม่มีสมาธิพอที่จะคุยให้รู้เรื่อง

7.2.3 เริ่มต้นการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี บอกชื่อ นามสกุล สถานที่ทำงาน น้ำเสียงชัดเจน และนุ่มนวล ควบคุมอารมณ์และบรรยากาศในการสนทนาในทางบวกเสมอ เรียกชื่อผู้ป่วยแทนคำสรรพนาม

7.2.4 สอบถามผู้รับสายว่าสะดวกพอจะพูดคุยได้หรือไม่ เพื่อจะได้รับความร่วมมือหากผู้รับสายยังไม่ว่างให้สอบถามถึงเวลาที่เหมาะสม เมื่อต่อสายโทรศัพท์กลับมาใหม่ จะได้รับความร่วมมือ

7.2.5 บอกเหตุผลที่โทรศัพท์มาและประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยใช้คำถามปลายเปิดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อความสั้น และกระชับ

7.2.6 ในระหว่างที่พูดโทรศัพท์ควรจะสอดแทรกคำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องที่สมควร หรือนัดหมายการโทรศัพท์ครั้งต่อไป

7.2.7 ใช้เวลาในการโทรศัพท์พอสมควร อย่านานจนหน้าเบื่อ หรือรีบร้อนเกินไป

7.2.8 ทบทวนเหตุผลที่โทรศัพท์มาและสรุปแผนการพยาบาล ทบทวนความเข้าใจของผู้ฟังให้ตรงกัน ถ้ามีข้อสงสัยหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้องให้แก้ไข

7.2.9 ยุติการสนทนาโดยใช้คำว่า “สวัสดี”

### 7.3 ระยะเวลาในการโทรศัพท์ติดตาม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาในการโทรศัพท์ติดตามไม่ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนมีเพียงงานวิจัยที่ศึกษาไว้มีลักษณะดังนี้

รัชนี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 15-20 นาที พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่าในระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นวรรตน์ สมเพชร และคณะ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะเก็ดดอย จำนวน 62 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ โดยโทรศัพท์เตือนจำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ครั้งที่ 3 หลังวันที่มารับยาตามนัดแล้ว 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ใช้เวลาครั้งละ 1-5 นาที พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Shu, Mermina & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการโทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า โปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุและสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่ออย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่น

Wong et al., (2005) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลต่อสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันที่ 3-7 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14-20 ใช้เวลาครั้งละ 10-20 นาที โดยโทรศัพท์ให้ความรู้ตามโปรแกรมและรวบรวมข้อมูลในวันที่ 29-35 ทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกการโทรศัพท์ติดตาม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้ง นาน 10-15 นาที โดยให้ข้อมูลตามขั้นตอนของการติดต่อทาง

โทรศัพท์ตามที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้ความรู้ กระตุ้น แนะนำ และให้คำปรึกษา รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

## 8. บทบาทของพยาบาลเพื่อจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักได้รับการดูแลจากผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน ซึ่งต้องอดทนในการให้เวลากับผู้สูงอายุในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการติดตามปัญหาต่าง ๆ และให้การช่วยเหลือดูแล เพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล ดังนี้

8.1 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจ และอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการแสดงอารมณ์ออกมาบ้างไม่ใช่เรื่องผิด เช่น โกรธ โมโห ขุ่นเคือง เศร้าโศก หมดหวัง รู้สึกผิด ละอายใจ เป็นต้น และการกล่าวที่จะบอกและแสดงความต้องการของตนเอง เช่น การต้องการมีเวลาส่วนตัว และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546)

8.2 อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งพยาธิสภาพของโรค การรักษา การดูแล และวิธีจัดการปัญหาต่าง ๆ การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย แนะนำทักษะการติดต่อกับผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล พยายามให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) เนื่องจากผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ (Grant, 1996)

8.3 ชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดภาวะเครียดของผู้ดูแลซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งกายและจิต และส่งเสริมให้ผู้ดูแลทราบการจัดการกับภาวะเครียดและสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการภาวะเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

8.4 พยายามกระตุ้นให้ผู้ดูแลหาเวลาหยุดพักเป็นระยะหรือการจัดตารางให้ตนเองมีเวลาพักผ่อน โดยอาจใช้บริการผู้ป่วยแบบชั่วคราว เช่น บริการดูแลกลางวัน (Day care) หรือ การดูแลระยะสั้น ๆ (Respite care) เป็นต้น หรือผลัดเปลี่ยนการดูแลกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Witz & Heitz (2008) พบว่า การแนะนำให้ผู้ดูแลได้มีการหยุดพักผ่อนและทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น การจับจ่ายซื้อของ การท่องเที่ยว การฟังเพลงเพื่อการผ่อนคลาย โดยการหยุดพักผ่อนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีผลทางบวกกับสุขภาพผู้ดูแลและภาวะเครียดของผู้ดูแล ที่บ้าน นอกจากนี้การได้ทำกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยให้ลดอาการซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ดูแลได้

8.5 แนะนำให้ผู้ดูแลได้รู้จักบริการของหน่วยงานหรือสายด่วนให้คำปรึกษาที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเกิดความรู้สึกว่ามีผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ ซึ่งส่งผลต่อการลดภาวะเครียดของผู้ดูแล

8.6 การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home visit) การช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้านอาจทำได้โดยการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกครั้ง而去เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดในการดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ



สมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล นอกจากนี้พยาบาลจะเป็นผู้เข้าไปช่วยเหลือในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผน มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดภาวะความข้องใจที่เกิดขึ้น (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2554; Gitlin et al., 2001)

## 9. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแล

ยุพาพินท์ ศิริโพธิ์งาม และคณะ (2542) เป็นการศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิส (Jalowiec Coping Scale) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการกับอารมณ์และด้านกรบรรเทาความเครียด

วรรณิภา บุญระยอง (2543) เป็นการศึกษาภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 86.2 ยอมรับว่ารู้สึกหนักใจ ลำบากใจ หรือเกิดภาวะเครียดอันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ในขณะเดียวกันส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมเรื่องการตอบแทนบุญคุณบุพการี แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำความยุ่งยากลำบาก หรือมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัวก็ตามและผู้ดูแลร้อยละ 58.62 ที่มีภาวะเครียดไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ หรือหาวิธีผ่อนคลายเลย แต่ในการศึกษาผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรมีภาวะเครียดร้อยละ 43 ซึ่งมีภาวะเครียดที่ต่ำกว่าคนที่เป็นลูกหลานและผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับความเครียดมากกว่าผู้ดูแลเพศชายเล็กน้อย

สุดา เทพศิริ (2543) เป็นการศึกษาผลของการใช้ตัวแปรการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบวัดระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสร้างจากแนวความคิดในบทบาทของ Hardy & Conway (1988) พบว่าผู้ดูแลมีระดับความเครียดของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เยาวภา ยงดีมิตรภาพ (2546) ศึกษาผลการจัดการกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซดเดอร์ ที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แบบสอบถามวัดความเครียดของผู้ดูแล ดัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล (Caregiver Self-Assessment Questionnaire) ของ American Medical Association พบว่าความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05

Gallant (1998) ศึกษาเรื่องผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดเพราะไม่ได้รับความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรค การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การขาดอิสระรวมทั้งขาดกิจกรรมทางสังคมเป็นประเด็นหลักที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

Sasat (1998) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรมในประเทศไทยเป็นการวิจัยผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) เพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) พบว่า ระดับความเครียดในการดูแลมีความสัมพันธ์ในเชิง

บวกกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลและระยะเวลาในการป่วย แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยอมรับว่าเหนื่อยและไม่อยากให้การดูแลต่อไป เพราะไม่สามารถยอมรับพฤติกรรมที่แสดงอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แต่เนื่องจากเกรงคำครหาจากสังคมจึงจำเป็นต้องให้การดูแลต่อไป

Gonzalez et al. (1999) ศึกษาการสำรวจความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จำนวน 58 คน เปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่ไม่มีอาการสมองเสื่อม 32 คน พบว่า ความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสูงกว่าโดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและการบกพร่องในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียด และระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ดูแล

#### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูล

ศิริพร นิลัมภษาด (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับญาติของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ ศูนย์สาธิตบริการโรคติดต่อเขต 2 สระบุรี โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย ประกอบสื่อการอภิปราย การสาธิตและการปฏิบัติ และการใช้จดหมายกระตุ้นเตือน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 40 คน ภายหลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่า สมาชิกในครอบครัวในกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับโปรแกรม มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิตติมา ธารประสิทธิ์ (2549) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน พบว่า ความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คณิต ฌ พัทลุง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลทารกของมารดาทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จันทพร อีร์ทองดี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาทหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้ภาวะ การดูแลของผู้ดูแล

ภายหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตากปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริวรรณ คະเนนอก (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อการระงับในการดูแลของผู้ดูแล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนการรับรู้การระงับน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 40 คน พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hosaka & Sugiyama (1999) เป็นการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของความเครียดซึ่งเป็นการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต และการฝึกผ่อนคลายโดยฟังเพลง 10 นาที ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และการพักผ่อนโดยการฝึกจิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอภิปราย พบว่า การจัดกิจกรรมมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแล โดยแสดงในคะแนน ความซึมเศร้า ความโกรธ ต่อต้าน และความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ulstein (2007) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมที่ควบคุมภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยโปรแกรมการสอนความรู้กับผู้ดูแลร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่มที่ให้ผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ต่อความเครียด (Relative stress Scale) เพื่อวัดระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่มีผลต่อความเครียด พบว่าการให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการจัดกิจกรรม มีผลต่อการลดระดับความเครียดเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้ความรู้อย่างเดียว และการจัดกิจกรรมมีส่วนช่วยในการเผชิญปัญหาได้ในระยะสั้นซึ่งยังไม่ยั่งยืนพอที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของการเผชิญปัญหา

Gallagher-Thompson et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการจัดกิจกรรมกลุ่มต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็กที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทักษะการดูแล การสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการวางแผนการจัดการในอนาคต กับกิจกรรมการโทรศัพท์เยี่ยมและให้คำปรึกษา พบว่าคะแนนความเครียดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่คะแนนความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมกลุ่มลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์เยี่ยม

#### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

นิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 40 ราย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้าน

ข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) ศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทซ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยกลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติที่บ้านวันละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชาติรี จูติตรี (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทซ์ร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียด และความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 40 ราย กลุ่มทดลองไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-20 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Lewis et al. (2009) ศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เทคนิคการจัดการกับภาวะเครียดโดยฝึกกำหนดลมหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทซ์ และศิลปะบำบัด พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นและลดการตอบสนองสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

#### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม

ชนันต์ แสงสีดา (2552) ศึกษาสภาพสังคมเศรษฐกิจ การอยู่อาศัยและปัญหาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในรูปแบบที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยว จากการศึกษาด้านสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน พฤติกรรม ได้แก่ ชอบเก็บตัว และทำกิจกรรมของตนอยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาการดำเนินอาการของโรค ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ เฉลี่ยเดือนละประมาณ 15,000-20,000 บาท ด้านสภาพการอยู่อาศัย พบว่า กลุ่มระยะแรกผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีปัญหาการอยู่อาศัย กลุ่มระยะกลางผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมอยู่อาศัย ได้แก่ หลงลืม ซุกซ่อนสิ่งของ ก้าวร้าว และเดินวอกวนไปมา ทำให้เกิดปัญหาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มระยะสุดท้ายผู้สูงอายุจะเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง ส่งผลให้มีการใช้พื้นที่ภายในที่อยู่อาศัยลดลง โดยพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้พื้นที่ห้องนอน และห้องและห้องน้ำมากที่สุด รองลงมาได้แก่ พื้นที่รับประทานอาหาร และห้องนั่งเล่น ตามลำดับ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พิจารณาตามระยะเวลาการดำเนินอาการของโรค แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ในกลุ่มระยะแรกและกลุ่มระยะกลาง ควรส่งเสริมให้มีการปรับปรุง พื้นที่ใช้สอยต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัย ได้แก่ ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องนั่งเล่น พื้นที่รับประทานอาหาร และสวนภายนอก ส่วนในกลุ่มระยะสุดท้าย ควรส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพื้นที่ใช้สอยในห้องนอนและห้องน้ำ และควรติดตั้งอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ ราวจับพยุงตัว ที่นั่งอาบน้ำ และเก้าอี้นั่งพักผ่อน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้สะดวกมากขึ้น

ชุตินา ทองวชิระ (2553) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษากลุ่มเดี่ยววัดแบบอนุกรมเวลา (One- Group Time Series Design) จำนวน 25 คน ดำเนินกิจกรรมด้านดนตรีควบคู่กับกิจกรรม ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

Gitlin et al. (2001) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านโดยการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยจะเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและลดความทุกข์ของผู้ดูแลได้

#### งานวิจัยเกี่ยวกับการโทรศัพท์ติดตาม

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้ง นาน 15-20 นาที พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมากกว่าในระย่ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นวรรตน์ สมเพชร และคณะ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสะเก็ดดอย จำนวน 62 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ โดยโทรศัพท์เตือนจำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ครั้งที่ 3 หลังวันที่มารับยาตามนัดแล้ว 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อีก 2 สัปดาห์ ต่อมา ใช้เวลาครั้งละ 1-5 นาที พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Shu, Mermina & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการโทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า โปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุและสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่ออย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่น

Wong et al., (2005) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลต่อสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วย วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันที่ 3-7 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14-20 แต่ละครั้งใช้เวลา 10-20 นาที โดยโทรศัพท์ให้ความรู้ตามโปรแกรมและรวบรวมข้อมูลในวันที่ 29-35 ทั้ง สองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะในการจัดการกับอาการ

หายใจลำบาก ดีกว่ากลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการงดสูบบุหรี่และการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ

## 10. โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

ภาวะเครียดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อคลายภาวะเครียด (Bruce et al., 2005) และพบว่า ภาวะเครียดในผู้ดูแลมีสาเหตุมาจาก 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Gitlin et al., 2001) โดยปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้เกิดภาวะเครียด เช่น ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรค (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2543) ) ความรู้สึกผิด ความรู้สึกขัดแย้ง ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในการดูแล (Onishi, 2005; Hong & Kim, 2008) และปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาด้านนี้โดยให้ความรู้กับผู้ดูแล แนะนำแหล่งบริการเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาเป็นส่วนตัว และใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาด้านพฤติกรรม ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ส่งผลต่อภาวะเครียดในผู้ดูแลซึ่งสามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยจะเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin et al. (2001) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยเข้าพบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็น การสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเครียด

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบสไลด์อิเล็กทรอนิกส์ (Power Point) และคู่มือเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. การฝึกการผ่อนคลายภาวะเครียด ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม เป็นการสอนรายบุคคล และผู้วิจัยอธิบายประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดภาวะเครียด และให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อลดสิ่งกระตุ้นการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคย ต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง

5. การติดตามเยี่ยมโดยโทรศัพท์ เป็นการติดตามปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแล เพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการดูแลตนเอง และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลโปรแกรมโดยตรวจสอบข้อมูลการฝึกบันทึกแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและทำแบบประเมินภาวะเครียด



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## 11. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) มาสร้างโปรแกรม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

**1. การสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งประเมินระดับภาวะเครียดของผู้ดูแล

**2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล** ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Power Point) และแจกคู่มือเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**3. การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ** โดยผู้วิจัยสอนทักษะและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม และให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

**4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน** โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคย ต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง

**5. การโทรศัพท์ติดตาม** เพื่อติดตามปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแล เพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการภาวะเครียดอย่างต่อเนื่อง

ภาวะเครียด  
ของผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมอง  
เสื่อม



### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (experimental group) คือ กลุ่มที่ได้รับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า กับกลุ่มควบคุม (control group) ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและเปรียบเทียบผลก่อนเข้าร่วมการวิจัยกับหลังเข้าร่วมการวิจัยหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
กลุ่มควบคุม	O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>

X คือ การได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

O<sub>1</sub> คือ ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

O<sub>2</sub> คือ ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

O<sub>3</sub> คือ ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> คือ ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปผู้ดูแลผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปผู้ดูแลผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อมในสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2556 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 3 เดือน
2. มีภาวะเครียดจากการดูแล โดยมีคะแนนจากแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป
3. สามารถติดต่อสื่อสารพูดคุยรู้เรื่อง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามเวลาที่กำหนด
2. มีการเปลี่ยนผู้ดูแล

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ
2. เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด จึงขอความร่วมมือผู้ดูแลเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและมีผลการคัดกรองว่ามีภาวะเครียด
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเข้าเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม (Matched Pair) ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล โดยที่อายุของทั้งสองกลุ่มในแต่ละคู่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีระดับภาวะเครียดในบทบาทต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ปัญหาต่างๆ มีประสบการณ์ในการจัดการภาวะเครียด (คมสัน แก้วระยะ, 2540) และระดับภาวะเครียดในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนชั่วโมงในการดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)
4. ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจะหา กลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือใช้กำกับทดลอง ดังต่อไปนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวความคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1976) และแนวความคิดการให้ข้อมูลร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin (2001) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่

เป็นภาวะเครียดในผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ทบทวนแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin (2001) ร่วมกับแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976)

1.2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า Jacobson (1976) และแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin (2001) ประกอบด้วยการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพเรื่องโรค แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า รวมทั้งการโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้าน

1.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่องการให้ข้อมูล การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะเครียด

1.4 สร้างโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

1.4.2 การให้ข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพเรื่องโรค แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบ Power Point

1.4.3 ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ซึ่งเป็นการผ่อนคลายภาวะเครียดให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม

1.4.4 การจัดสิ่งแวดล้อม โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคย ต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง

1.4.5 การโทรศัพท์ติดตามเป็นการติดตามปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแล โดยมีการให้คำแนะนำ คำปรึกษาปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.5 สื่อที่ใช้ในการสอน ประกอบด้วย

1.5.1 คู่มือเรื่องแนวทางในการดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ภาวะสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดย

จัดทำคู่มือเป็นเล่ม และแจกคู่มือการจัดการความเครียดด้วยการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าลงให้กับผู้ดูแลเพื่อฝึกการผ่อนคลายภาวะเครียด และจัดทำบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและแบบประเมินการผ่อนคลาย

1.5.2 สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ (Power point) เรื่องสุขภาพ โรค และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยสร้างขึ้นการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องโรคสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อเป็นการให้ความรู้ประกอบการบรรยายกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

### 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัว โดยใช้ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (physical and emotional strain) ด้านสังคม (social strain) ด้านเศรษฐกิจ (financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (occupational strain of caregiving) ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat (1998) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา ซึ่งวัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้แล้วหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน คะแนนมากหมายถึงมีภาวะเครียดมาก ซึ่งผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีภาวะเครียดสูงกว่าปกติ

## 3. เครื่องมือใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการผ่อนคลายของสร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ซึ่งประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายก่อนและหลังผู้ปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) ที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า “ไม่รู้สึกผ่อนคลาย” ปลายด้านขวาสุดแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า “ผ่อนคลายมากที่สุด”

3.2 แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือการติดตามและประเมินการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของกลุ่มทดลองแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลาย

คลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัยดัดแปลงจากตารางบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ของ สุนันทา บุญรักษา (2548) มีรายละเอียด คือ วัน เดือน ปี เวลาที่ฝึกในแต่ละวันและอาการที่สังเกตได้หลังการฝึก โดยบันทึกเป็นอาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้น หลังการฝึกแต่ละครั้ง เช่น รู้สึกสมองโล่งสบาย ง่วงนอน โดยบันทึกทุกครั้ง ที่มีการฝึก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความจำให้ผู้ป่วยฝึกตามโปรแกรมที่กำหนด โดยมีการโทรศัพท์สอบถามและกระตุ้นเตือนให้มีการบันทึกเมื่อมีการฝึกผ่อนคลาย

**3.3 แบบประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม** (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale) เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) แปลมาจาก Reisberg (1987) ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการ (Symptomatology) ได้แก่

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1) อาการหวาดระแวงและหลงผิด                  | จำนวน 7 ข้อ คือข้อที่ 1 - 7   |
| 2) อาการประสาทหลอน                          | จำนวน 5 ข้อ คือข้อที่ 8 - 12  |
| 3) พฤติกรรมที่ผิดปกติ                       | จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 13 - 15 |
| 4) อาการไม่สงบกระสับกระส่ายก้าวร้าว         | จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 16 - 18 |
| 5) วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป | จำนวน 1 ข้อ คือข้อที่ 19      |
| 6) อารมณ์แปรปรวน                            | จำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 20 - 21 |
| 7) ความวิตกกังวลและความหวาดกลัว             | จำนวน 4 ข้อ คือข้อที่ 22 - 25 |

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินโดยรวม (Global Rating) จำนวน 1 ข้อ

การแปลผล แปลผลจากคะแนนรวม (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2546) ดังนี้

ส่วนที่ 1 คะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ

ส่วนที่ 2 คะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .96 ส่วนค่าความตรงของแบบประเมินเท่ากับ .89 ซึ่งเป็นคุณภาพของแบบประเมินที่ นันทิกา ทวิชาชาติ ได้ทำการวิเคราะห์ไว้

**3.4 แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ** โดยผู้วิจัยขออนุญาต นำแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ห้องนั่งเล่น ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องรับประทานอาหาร สวนภายนอกและพื้นที่กลางแจ้ง และทางเดินภายในบ้านของ ชันต์ แสงสีดา (2552) มาใช้ในการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักของผู้สูงอายุ และจากการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบประเมินการผ่อนคลาย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า คู่มือการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบประเมินการผ่อนคลาย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเครื่องมือ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ซึ่งดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .78 (Polit and beck, 2004)

### การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ

เมื่อได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เพิ่มในส่วนของรายละเอียดของอายุ และรายละเอียดเรื่องระยะเวลาในการดูแลว่าใน 1 สัปดาห์ดูแลกี่วัน วันละกี่ชั่วโมงและดูแลช่วงกลางวัน กลางคืน หรือ ดูแลตลอดเวลา และในส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มหัวข้ออาการทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ว่าอยู่ในระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง

2. แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) แก้ไขข้อคำถามข้อที่ 10 จาก “รู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนไปมากจากเมื่อก่อน” เป็น “ฉันรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน” เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจมากขึ้น

3. แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน เพิ่มรายละเอียดในช่องอธิบายความรู้สึกหลังปฏิบัติการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และตัดการช่องการนับชีพจรออก

4. แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมและปรับข้อคำถามให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น

5. คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปรับชื่อเรื่องจาก “คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการจัดสิ่งแวดล้อมที่

บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” เป็น “คู่มือการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” ปรับเนื้อหาภายในเล่ม เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจมากขึ้น และเปลี่ยนรูปให้มีความชัดเจนขึ้น

6. แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ระยะเวลาการให้ข้อมูลจาก 60 นาที เหลือ 35 นาทีและเปลี่ยนสื่อการสอนจากภาพพลิกเป็นสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ (Power Point)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจด้านภาษาและเนื้อหา และนำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์มาปรับปรุงโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

**การหาความเที่ยงของเครื่องมือ** (reliability) นำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแบบทดสอบทั้งฉบับ เท่ากับ .81

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ชั้นเตรียมการทดลอง ชั้นดำเนินการทดลอง และชั้นการประเมินผล ดังนี้

### 1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการฝึกการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าโดยเข้ารับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าจากนายแพทย์วีระ นิยมวัน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข สาขาส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย หลังจากนั้นฝึกตามคำแนะนำในคู่มือพร้อมคำแนะนำในแผ่นซีดีบันทึกเสียง หลังจากนั้นฝึกจนสามารถปฏิบัติได้จริงและเกิดการผ่อนคลายโดยประเมินจากแบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลและกำกับ การทดลอง โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิพร้อมทั้งนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่ในคลินิกสมองเสื่อม ในสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและวิธีการให้ข้อมูล และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาตประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.5 ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย ที่คลินิกสมองเสื่อม โดยคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.6 เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยขอพบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และมีผลการคัดกรองว่ามีภาวะเครียดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเลือกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้มีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ และระยะเวลาการดูแล จำนวน 20 คู่

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 กลุ่มควบคุม

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยพบผู้ดูแลที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยาเพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อผู้ดูแลตกลงและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงได้ขอให้ลงนามในใบยินยอม และประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล

**สัปดาห์ที่ 2-7** ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิกสมองเสื่อม ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาผู้ดูแลรายบุคคล ซึ่งสามารถซักถามปัญหาข้อข้องใจได้ตลอดเวลา

**สัปดาห์ที่ 8** ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมและแจกคู่มือความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และการจัดการภาวะเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลซ้ำ

### 2.2 กลุ่มทดลอง

#### สัปดาห์ที่ 1

1) ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อผู้ดูแลตกลงและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงได้ขอให้ลงนามในใบยินยอม ใช้เวลา 5 นาที

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านโดยเพาเวอร์พอยต์ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อข้องใจ ใช้เวลา 30 นาที

3) ผู้วิจัยสอนการฝึกการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกตาม ผู้วิจัย



สังเกตและประเมินการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้ดูแลที่อาจเกิดการผิดพลาดได้ เช่น วิธีการกำมือขณะเกร็งไม่ถูกต้อง การวางเท้าในขณะที่เกร็งและผ่อนคลายไม่ถูกต้อง เป็นต้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

4) ผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน และชี้แจงวิธีการบันทึก เพื่อติดตามการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของกลุ่มทดลองโดยใช้เวลารวม 30 นาที

5) ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลากลุ่มตัวอย่างเพื่อไปเยี่ยมบ้านและจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

6) ก่อนเยี่ยมบ้าน 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อนัดหมายวันและเวลาที่แน่นอนกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

**สถาปนาที่ 2** ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินสภาพแวดล้อมบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลในตำแหน่งและบริเวณที่จะสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมร่วมกับผู้ดูแล ผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสมตามคำแนะนำ

จากการสังเกตพบว่า ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ตามที่ผู้วิจัยแนะนำด้านการจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้มากที่สุด เช่น ห้องนอน ควรติดกระดิ่งบริเวณประตูห้องเพื่อป้องกันการเดินหลงออกสู่ภายนอก เปิดหน้าต่างผ้าม่านเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก และให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงเวลากลางวันและกลางคืน เป็นต้น ห้องน้ำ ควรอยู่ใกล้กับห้องนอน พื้นห้องน้ำติดยางกันลื่น มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ มีการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายโดยการใช้น้ำหอม ให้ติดป้ายบอกว่าเป็นห้องน้ำ เป็นต้น ห้องนั่งเล่น ควรอยู่ในบริเวณที่ผู้ดูแลมองเห็นง่าย เปิดหน้าต่างเพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก ติดผ้าม่านเพื่อช่วยปรับลดแสงสว่างภายในห้องและลดเสียงรบกวนจากภายนอก ใช้พรมเช็ดเท้าที่มีสีเรียบไม่ลื่น จัดที่นั่งและกิจกรรมส่งเสริมความจำ เช่น การอ่านหนังสือ การต่อจิ๊กซอ แขนวนาฬิกาและปฏิทินที่มีขนาดใหญ่ไว้บริเวณที่ผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำเพื่อกระตุ้นการรับรู้วันเวลา ติดหรือวางรูปคนในครอบครัวเพื่อช่วยเตือนความจำ เปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ สำหรับห้องรับประทานอาหาร จัดพื้นที่ให้กระตุ้นให้รับประทานอาหารเองได้ โดยใช้ผ้าคลุมโต๊ะสีตัดกับภาชนะเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมองเห็นอาหารได้ชัดเจน สวนภายนอกและพื้นที่กลางแจ้ง ควรนำเก้าอี้มาวางเพื่อให้ผู้สูงอายุได้นั่งพักและนั่งชมสวน และติดตามดูการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

จากการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะ 5 Mid-Stage ขึ้นไปซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแล เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ เตรียมอาหารให้ และในระยะที่ 7 Late-Stage ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ และต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมดเช่น พาเข้า

ห้องน้ำ รับประทานอาหาร สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น เดินไม่ได้ พบว่า บริเวณส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะใช้บริเวณห้องนอน ห้องน้ำ ห้องนั่งเล่น มากที่สุด

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของเศรษฐกิจของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงประยุกต์การจัดสิ่งแวดล้อมโดยนำสิ่งของที่มีอยู่ในบ้าน นำมาจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย

**สัปดาห์ที่ 3** โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลก่อนพูดคุยและซักถามเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้ดูแลต้องเปิดคู่มือในการฝึกการผ่อนคลายและหลังทำการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณขา ต้นคอลดลง ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นขึ้น ซักถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาด้านพฤติกรรม คือ ยังเดินไปมารอบบ้าน ทำกิจกรรมช้า ๆ เช่น ล้างมือมากกว่าวันละ 10 ครั้ง เก็บกระเป๋าจะออกจากบ้านคิดว่าบ้านที่ตนอยู่ไม่ใช่บ้านตนเอง เป็นต้น และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านหรือข้อสงสัยที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ เพื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้องและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งให้บันทึกในแบบประเมินการผ่อนคลาย ใช้เวลา 15-20 นาที

**สัปดาห์ที่ 4** ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและบันทึกการผ่อนคลายที่บ้าน

**สัปดาห์ที่ 5** โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยซักถามเรื่องการผ่อนคลาย ผู้ดูแลสามารถทำการผ่อนคลายโดยไม่ต้องเปิดคู่มือหลังทำการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกปวดตึงบริเวณ แขน ขา ต้นคอ ศีรษะ ลดลง ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง สบายใจ ไม่หงุดหงิด ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นมากขึ้น และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้บันทึกในแบบประเมินการผ่อนคลาย ใช้เวลา 10-15 นาที

**สัปดาห์ที่ 6** ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและบันทึกการผ่อนคลายที่บ้าน

**สัปดาห์ที่ 7** โทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 โดยผู้วิจัยซักถามเรื่องการผ่อนคลาย ผู้ดูแลสามารถทำการผ่อนคลายโดยไม่ต้องเปิดคู่มือหลังทำการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกไม่ปวดตึงบริเวณ แขน ขา ต้นคอ ศีรษะ ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง สบายใจ ไม่หงุดหงิด ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นมากขึ้น และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้บันทึกในแบบประเมินการผ่อนคลาย ใช้เวลา 10-15 นาที

**สัปดาห์ที่ 8** ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินผลการทดลอง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เก็บรวบรวมแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและประเมินภาวะเครียด และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซ้ำ หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ใช้เวลา 30 นาที

### 3. **ขั้นประเมินผลการทดลอง** เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลซ้ำ หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ รวมทั้งผู้วิจัยแจกคู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และอธิบายเนื้อหาในคู่มือกับกลุ่มควบคุม

3.2 กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลซ้ำ หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

### **ผลการกำกับการทดลอง**

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับแบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน และแบบประเมินการผ่อนคลายซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกเอง โดยติดตามผลการประเมินในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 8 ได้ผลกำกับการทดลองดังนี้

#### **สัปดาห์ที่ 2**

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผลการประเมินหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในเวลาช่วงก่อนนอน จำนวนชีพจรหลังการปฏิบัติส่วนใหญ่ลดลง 1 ครั้ง/นาที และความรู้สึกหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณขา ต้นคอลดลง ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นขึ้น

การประเมินการผ่อนคลาย พบว่าหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วงการผ่อนคลายก่อนการปฏิบัติการผ่อนคลายอยู่ช่วง 2-5 ระดับการผ่อนคลายหลังการปฏิบัติอยู่ในช่วง 3-6

#### **สัปดาห์ที่ 3**

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผลการประเมินหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในเวลาช่วงก่อนนอน จำนวนชีพจรหลังการปฏิบัติส่วนใหญ่ลดลง 2 ครั้ง/นาที และความรู้สึกหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณขา ต้นคอ ไหล่ลดลงมากขึ้น ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง สบายใจ ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นขึ้น

การประเมินการผ่อนคลาย พบว่าหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วงการผ่อนคลายก่อนการปฏิบัติการผ่อนคลายอยู่ช่วง 3-5 ระดับการผ่อนคลายหลังการปฏิบัติอยู่ในช่วง 4-6

#### **สัปดาห์ที่ 4**

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผลการประเมินหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในเวลาช่วงก่อนนอน จำนวนชีพจรหลังการปฏิบัติส่วนใหญ่ลดลง 2 ครั้ง/นาที และความรู้สึกหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณขา ต้นคอ ไหล่ ศีรษะลดลง ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง สบายใจ ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นขึ้น หงุดหงิดน้อยลง

การประเมินการผ่อนคลาย พบว่าหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วงการผ่อนคลายก่อนการปฏิบัติการผ่อนคลายอยู่ช่วง 4-6 ระดับการผ่อนคลายหลังการปฏิบัติอยู่ในช่วง 5-7

### สัปดาห์ที่ 5-8

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผลการประเมินหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในเวลาช่วงก่อนนอน จำนวนชีพจรหลังการปฏิบัติส่วนใหญ่ลดลง 3 ครั้ง/นาที และความรู้สึกหลังการปฏิบัติการผ่อนคลาย ด้านร่างกาย ผู้ดูแลรู้สึกปวดตึงบริเวณแขน ขา ต้นคอ ศีรษะ ไหล่ ลดลงมากขึ้น ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง สบายใจ ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลรู้สึกอารมณ์เย็นมากขึ้น ไม่หงุดหงิด

การประเมินการผ่อนคลาย พบว่า หลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วงการผ่อนคลายก่อนการปฏิบัติการผ่อนคลายอยู่ช่วง 4-5 ระดับการผ่อนคลายหลังการปฏิบัติอยู่ในช่วง 6-8

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

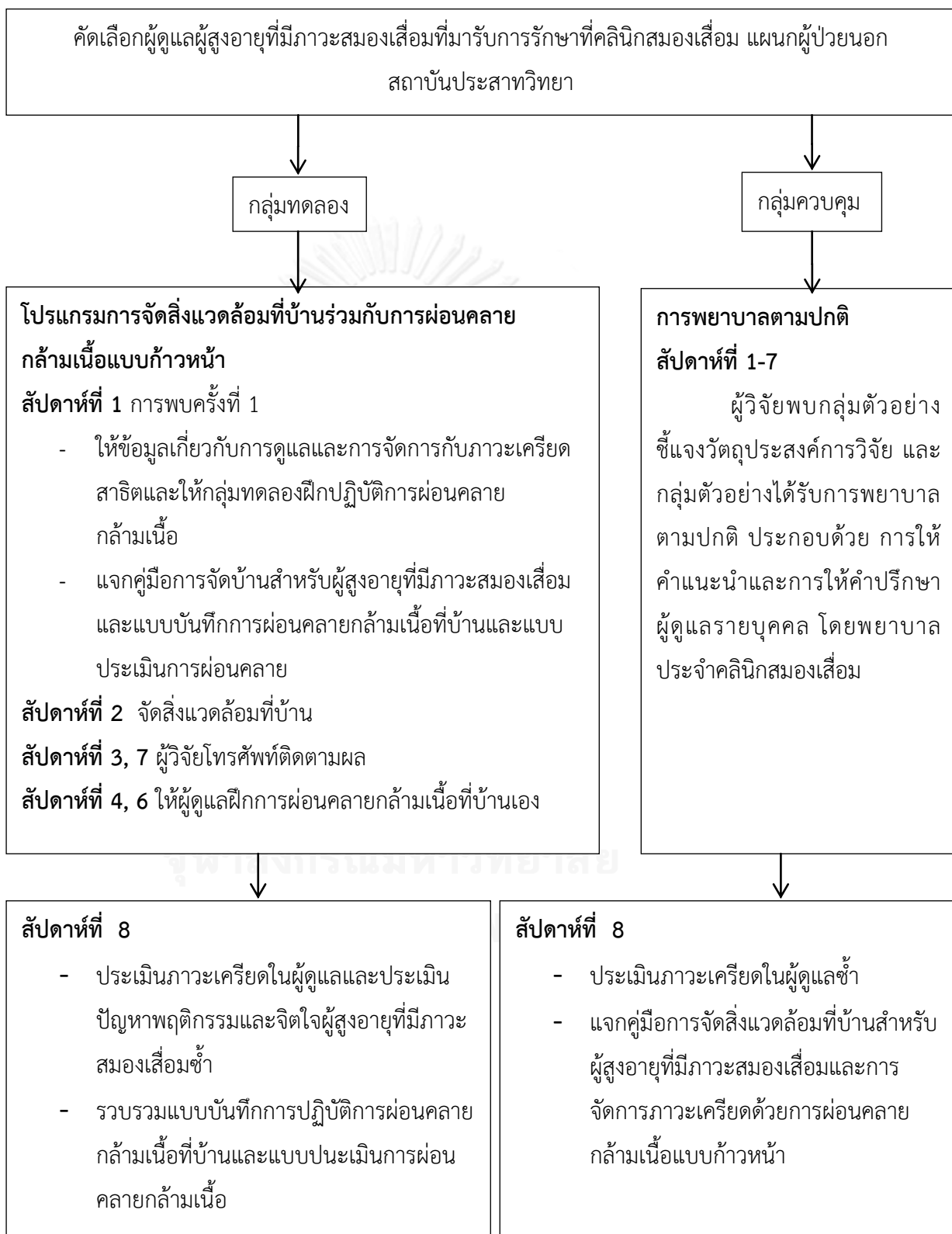
การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในสถาบันประสาท เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2556 และผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการอนุมัติจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาระหว่างการวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัสและตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา เป็นต้น นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่นำผู้สูงอายุมารับการตรวจรักษาที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า แสดงในตารางที่ 3

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงในตารางที่ 4

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ( $n_1 = 20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2 = 20$ )		รวม ( $n_{รวม} = 40$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	( $\bar{X} = 52.8$ ปี, SD = 12.44)		( $\bar{X} = 51.6$ ปี, SD = 11.91)		( $\bar{X} = 52.2$ ปี, SD = 12.04)	
<b>อายุ</b>						
30-39 ปี	4	20.0	5	25.0	9	22.5
40-49 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25.0
50-59 ปี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
60-69 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
70-79 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	6	30.0	9	45.0	15	37.5
คู่	10	50.0	11	55.0	21	52.5
หย่า	4	20.0	0	0	4	10.0
<b>เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็น</b>						
คู่สมรส	3	15.0	4	20.0	7	17.5
บุตร	16	80.0	14	70.0	30	75.0
หลาน	0	0	1	5.0	1	2.5
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	1	5.0	1	5.0	2	5.0
<b>อาชีพ</b>						
ทำงานบ้าน	9	45.0	7	35.0	16	40.0
รับราชการ	2	10.0	5	25.0	7	17.5
รับจ้าง	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ค้าขาย	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ธุรกิจส่วนตัว	2	10.0	1	5.0	3	7.5

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n <sub>1</sub> = 20)		(n <sub>2</sub> = 20)		(n <sub>รวม</sub> = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
พนักงานเอกชน	1	5.0	1	5.0	2	5.0
เกษตรกรรวม	1	5.0	1	5.0	2	5.0
กำลังศึกษา	0	0	1	5.0	1	2.5
<b>รายได้ของผู้ดูแล</b>						
พอใช้และมีเก็บสะสม	6	30.0	9	45.0	15	37.5
พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม	6	30.0	9	45.0	15	37.5
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	5	25.0	0	0	5	12.5
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	3	15.0	2	10.0	5	12.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	5	25.0	2	10.0	7	17.5
มัธยมศึกษา/ ปวช.	6	30.0	5	25.0	11	27.5
ปริญญาตรี	7	35.0	13	65.0	20	50.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10.0	0	0	2	5.0
<b>โรคประจำตัวของผู้ดูแล</b>						
ไม่มีโรค	14	70.0	13	65.0	27	67.5
ความดันโลหิตสูง	1	5.0	5	25.0	6	15.0
ไขมันในเลือดสูง	1	5.0	0	0	1	2.5
ไทรอยด์	1	5.0	0	0	1	2.5
นิ่วในถุงน้ำดี	1	5.0	0	0	1	2.5
เนื้องอกในมดลูก	1	5.0	0	0	1	2.5
ข้อเข่าเสื่อม	0	0	1	5.0	1	2.5
ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน	1	5.0	1	5.0	2	5.0
<b>ระยะเวลาในการดูแล</b>						
<b>ผู้สูงอายุ</b>						
0-24 เดือน	7	35.0	4	20.0	11	27.5
25-48 เดือน	5	25.0	10	50.0	15	37.5
49-72 เดือน	6	30.0	4	20.0	10	25.0
72 เดือนขึ้นไป	2	10.0	2	10.0	4	10.0



ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n <sub>1</sub> = 20)		(n <sub>2</sub> = 20)		(n <sub>รวม</sub> = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนที่ดูแลใน 1 สัปดาห์</b>						
4 วัน	0	0	1	5.0	1	2.5
5 วัน	2	10.0	4	20.0	6	15.0
6 วัน	2	10.0	1	5.0	3	7.5
7 วัน	16	80.0	14	70.0	30	75.0
<b>ช่วงเวลาที่ดูแลใน 1 วัน</b>						
กลางวัน	5	25.0	2	10.0	7	17.5
กลางคืน	5	25.0	7	35.0	12	30.0
ดูแลตลอดเวลา	10	50.0	11	55.0	21	52.5

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า มีอายุอยู่ในระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 (อายุเฉลี่ยคือ 52.2 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 52.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 75 มีอาชีพทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้พอใช้มีเงินเก็บสะสมและไม่มีเก็บสะสมจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลา 25-48 เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยใน 1 สัปดาห์จะดูแลทั้ง 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 75 และใน 1 วันจะดูแลตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 52.5

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ( $n_1 = 20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2 = 20$ )		รวม ( $n_{รวม} = 40$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
60-69 ปี	2	10.0	7	35.0	9	22.5
70-79 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
80-89 ปี	14	70.0	8	40.0	22	55.0
90-99 ปี	0	0	1	5.0	1	2.5
<b>เพศ</b>						
ชาย	6	30.0	7	35.0	13	32.5
หญิง	14	70.0	13	65.0	27	67.5
<b>ระยะเวลาในการป่วย</b>						
1-3 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25.0
4-6 ปี	13	65.0	12	60.0	25	62.5
6 ปีขึ้นไป	2	10.0	3	15.0	5	12.5
<b>อาการทางด้านพฤติกรรม (ตอบได้หลายข้อ)</b>						
พฤติกรรมผิดปกติ	17	85.0	15	75.0	32	80.0
การนอนหลับเปลี่ยนไป	14	70.0	13	65.0	27	67.5
ประสาทหลอน	14	70.0	13	65.0	27	67.5
หวาดระแวงและหลงผิด	13	65.0	13	65.0	26	65.0
ไม่สงบ กระสับกระส่าย	13	65.0	10	50.0	23	57.5
ก้าวร้าว						
อารมณ์แปรปรวน	3	15.0	3	15.0	6	15.0
มีความวิตกกังวลและหวาดกลัว	2	10.0	0	0	2	5.0
<b>ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม</b>						
ระยะ 5 Mid-Stage	7	35.0	7	35.0	14	35.0
ระยะ 6 Mid-stage	12	60.0	12	60.0	24	60.0
ระยะ 7 Late-stage	1	5.0	1	5.0	2	5.0
<b>โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม</b>						
ไม่มีโรค	7	35.0	13	65.0	20	50.0
ความดันโลหิตสูง	9	45.0	5	25.0	14	35.0

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n <sub>1</sub> = 20)		(n <sub>2</sub> = 20)		(n <sub>รวม</sub> = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เบาหวาน	4	20.0	3	15.0	7	17.5
โรคหัวใจ	1	5.0	3	15.0	4	10.0
ไขมันในเลือดสูง	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ไทรอยด์	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ไตวายเรื้อรัง	1	5.0	0	0	1	2.5
ต่อมลูกหมากโต	1	5.0	0	0	1	2.5

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีระยะเวลาในการป่วยมา 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับอาการทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมผิดปกติ (เดินไปมารอบบ้านโดยไม่มีจุดมุ่งหมายหรือหนีออกจากบ้าน ทำกิจกรรมเดิมซ้ำ ๆ ถอดเสื้อผ้าในที่ ๆ ไม่เหมาะสม) คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีระดับความรุนแรงของสมองเสื่อมในระยะ 6 Mid-stage (สมองเสื่อมระยะกลางมีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญารุนแรง ต้องการความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เริ่มลืมชื่อคนใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว แต่ยังจำเหตุการณ์ในปัจจุบันได้เล็กน้อย มีความยากลำบากในการนับ 1- 10 มีปัญหาเรื่องการควบคุมกล้ามเนื้อในการขับถ่าย มีความยากลำบากในการพูดมากขึ้น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น หลงผิด ทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ หรือ วิดกกังวล สับสนวุ่นวาย) คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50 และโรคประจำตัวที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภาวะเครียด	ก่อนทดลอง $\bar{x}$ (SD)	หลังทดลอง $\bar{x}$ (SD)	$\bar{d}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม (n=20)	8.05(0.759)	8.25(1.446)	0.20	1.281	0.698	19	0.494
กลุ่มทดลอง (n=20)	9.15(1.226)	5.75(0.851)	3.40	0.821	18.525*	19	0.000

\*p < .05

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า มีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 9.15 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 5.75 เมื่อนำค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่มีค่าลดลงเฉลี่ย 3.40

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 8.05 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.25 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่ต่างกัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1 = 20$ ,  $n_2 = 20$ ,  $n_{รวม} = 40$ )

ภาวะเครียด	$\bar{d}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม	-0.20	1.281	10.580*	38	0.000
กลุ่มทดลอง	3.40	0.821			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าโดยใช้รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาในสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปให้การดูแลผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปให้การดูแลผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อมในสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2556 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 3 เดือน
2. มีภาวะเครียดในการดูแล โดยมีคะแนนจากแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแลตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป
3. สามารถติดต่อสื่อสารพูดคุยรู้เรื่อง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

#### 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเลือกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และระยะเวลาในการดูแล จำนวน 20 คู่

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin (2001) ร่วมกับ แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของ Jacobson (1976) โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการแนวทางการดูแล การรักษา การปรับบ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการเยี่ยมบ้าน มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับความอยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

1.1.2 การให้ข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพเรื่องโรค แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบ Power Point

1.1.3 ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ซึ่งเป็นการผ่อนคลายภาวะเครียดให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม

1.1.4 การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งทีมากระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม โดยเน้นหลักสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เน้นความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ การสร้างความคุ้นเคย ต่อสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และการชะลอความเสื่อมของสมอง

1.1.5 การโทรศัพท์ติดตามเป็นการติดตามปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดการภาวะเครียดในผู้ดูแล เพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.2 คู่มือเรื่องแนวทางในการดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ภาวะสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดย

จัดทำคู่มือเป็นเล่ม และแจกคู่มือการจัดการความเครียดด้วยการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าลงให้กับผู้ดูแลเพื่อฝึกการผ่อนคลายภาวะเครียด และจัดทำบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและแบบประเมินการผ่อนคลาย

1.3 Power point เรื่องสุขภาพ โรค และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยสร้างขึ้นการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องโรคสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อเป็นการให้ข้อมูลประกอบการบรรยายกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.3 แบบประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale) ใช้ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 3. เครื่องมือใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย ใช้ประเมินความรู้สึกผ่อนคลายก่อนและหลังผู้ปฏิบัติฝึกผ่อนคลาย

3.2 แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือการติดตามและประเมินการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของกลุ่มทดลองแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน

3.3 แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเพื่อใช้ประเมินสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักของผู้สูงอายุ

## การดำเนินการทดลอง

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองด้านความรู้ ทักษะการให้ความรู้รวมทั้งทักษะในการปฏิบัติต่างๆ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลและกำกับการทดลอง โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลทั้งที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่ในคลินิกสมองเสื่อม ในสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและวิธีการให้ข้อมูล และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล



1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และมีผลการคัดกรองว่ามีภาวะเครียดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเลือกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้มีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และระยะเวลาในการดูแล จำนวน 20 คู่

2. **ขั้นตอนการทดลอง** ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อผู้ดูแลตกลงและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจึงขอให้ลงนามในใบยินยอม และดำเนินการต่อไป

2.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มควบคุมทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำคลินิกสมองเสื่อม ประกอบด้วยการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาผู้ดูแลรายบุคคล ซึ่งสามารถซักถามปัญหาข้อข้องใจตลอดเวลา และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ที่คลินิกสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล

2.2 **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มทดลองทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านโดย Power point หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อข้องใจ ผู้วิจัยสอนผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในการฝึกการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าโดยสาธิตการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกตาม แจกคู่มือเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมและปลอดภัย แจกแบบประเมินการผ่อนคลาย แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน และชี้แจงวิธีการบันทึก เพื่อติดตามการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าของกลุ่มทดลอง

**สัปดาห์ที่ 2** ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลในเรื่องตำแหน่งและบริเวณที่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ปลอดภัยได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมร่วมกับผู้ดูแล

**สัปดาห์ที่ 3, 5, 7** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อสอบถามเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซักถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการภาวะเครียด และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านหรือข้อสงสัยที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ และความรู้สึกหลังการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

**สัปดาห์ที่ 4, 6** ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและบันทึกการผ่อนคลายที่บ้าน

**สัปดาห์ที่ 8** ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และประเมินภาวะเครียดผู้ดูแลและประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซ้ำ

2. **ขั้นประเมินผลการทดลอง**

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลซ้ำ หลังจาก นั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบัน ประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อย ละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired t-test และ Independent t-test)

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

##### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีอายุอยู่ในระหว่าง 40-49 ปีคิดเป็น ร้อยละ 25 ( $\bar{X} = 52.8$  ปี, SD. = 12.44) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 75 มีอาชีพทำงานบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 40 มีรายได้พอใช้ มีเงินเก็บสะสมและไม่เก็บสะสมเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีการศึกษา อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่ให้การ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลา 25-48 เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยใน 1 สัปดาห์จะดูแลทั้ง 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 75 และให้การดูแลตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 52.5

##### 1.2 ข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ระหว่าง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 มี ระยะเวลาในการป่วยมา 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับอาการทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม (เดินไปมารอบบ้านโดยไม่มีจุดหมายหรือ หนีออกจากบ้าน ทำกิจกรรมเดิมซ้ำ ๆ ถอดเสื้อผ้าในที่ ๆ ไม่เหมาะสม) คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมี ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อมในระยะ 6 Mid-Stage คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่มีโรค ประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50 และโรคประจำตัวที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ โรคหัวใจ ตามลำดับ

#### 2. ภาวะเครียดของผู้ดูแล

2.1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลัง การทดลองเท่ากับ 5.75 ลดลงจากก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมเท่ากับ 9.15 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.2 ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเท่ากับ 5.75 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.25 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการใช้โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าตามแนวคิดของ Jacobson (1976) ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของ Gitlin et al. (2001) ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการแนวทางการดูแล การรักษา การปรับบ้านให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

#### สมมติฐานที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระหนัก ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดให้กับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษา รวมทั้งพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หลงลืม อาการย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์แปรปรวน เป็นต้น (ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และคณะ, 2543) และจากการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว ไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ ทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ ปัญหาการนอนในช่วงกลางคืน หลับมากช่วงกลางวัน ความยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ จากปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมักรู้สึกโกรธกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งความรู้สึกโกรธจะเพิ่มภาวะเครียดให้กับผู้ดูแล และอาจนำไปสู่การกระทำที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งด้านคำพูดและการกระทำอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกผิดตามมา (ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และคณะ, 2543: ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไล ทองเจริญ, 2547)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Gitlin et al. (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ การให้ข้อมูลและปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยจะเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยและการดำรงชีวิต ความสว่างของแสงและเสียงต้องไม่รบกวนการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และติดตามเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง จะทำให้สามารถจัดการพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ลดความทุกข์ของผู้ดูแลและการพึ่งพาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับ Spruytte (2001) พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและเป็นการลดระดับปัญหาทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการเดินวนวายเป็นมาตลอดเวลา (ชุตินา ทองวชิระ, 2553) และพบว่า ห้องนอนที่มีอุณหภูมิสูงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ระดับเสียงที่สูงมี

ผลต่อพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการมีส่วนร่วมกับสังคมต่ำ และระดับแสงสว่างน้อยในห้องนอนมีผลต่ออารมณ์ทางลบระดับรุนแรง (Garre-Olmo et al, 2012) และการจัดบ้านให้มีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดการพึ่งพาตนเองทางกายภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และลดปัญหาการดูแลของผู้ดูแล (Frisardi & Imbimbo, 2011) และ Hall (1988) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะไวต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อมรอบตัว สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ่อย ๆ มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัว ส่งผลต่อสภาพจิตใจ เกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมและอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง (สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ, 2548) เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนในการดำเนินชีวิต รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกระวนกระวายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Burns, O'Brien & Ames, 2005)

จากการศึกษาของ Eayrs (2009) เรื่องการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศออสเตรเลีย โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเทคนิคการจัดการภาวะเครียด รวมทั้งฝึกทักษะเฉพาะในการดูแล พบว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึทางบวกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล สอดคล้องกับ Wilz & Heitz (2008) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางและรุนแรง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลง และการศึกษาของ วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 40 คน พบว่า ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผู้วิจัยสอนและสาธิตการจัดการกับภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อแต่ละมัดมีความตึงตัวแล้วผ่อนคลายต่อเนื่องกันไป แสดงถึงความตั้งใจของบุคคลที่สามารถแยกความรู้สึกระหว่างกล้ามเนื้อที่มีการคลายตัวกับกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็ง เมื่อมีการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคคลสามารถรู้สึกถึงความตึงตัวของกลุ่มกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยไม่ต้องมีการเกร็งกล้ามเนื้อก่อนแล้วผ่อนคลาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (เป็นระบบประสาทหลักหนึ่งในสามส่วนของระบบประสาทอัตโนมัติ) ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น ทำให้ร่างกายลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Hypothalamus และ Reticular Formation ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและอัตราการเผาผลาญ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลด

อาการอ่อนเพลีย ลดอัตราการใช้ออกซิเจน อัตราการหายใจ และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้บุคคลสามารถรู้สึกถึงความตึงตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัด Jacobson (1976) ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถที่จะขจัดความรู้สึกทางจิตใจที่แสดงออกมา ตามกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น อาการปวดมีนศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ หรือตึงเครียดตามบริเวณใบหน้า บริเวณไหล่ เอว แขน เท้า ตลอดจนอาการนอนไม่หลับ ออกไปได้ (Sinatra, 2000; วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550) การตึงเครียดของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลจะทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเกร็งตัว เนื่องจากภาวะเครียด เมื่อผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายได้ก็จะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเป็นเทคนิคที่ใช้วิธีการฝึกให้ผู้ดูแลสามารถที่จะบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้เมื่อต้องการ เป็นการควบคุมกล้ามเนื้อกลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวบุคคลเองและการศึกษาของ Lewis et al. (2009) พบว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้ผู้ดูแลมีระดับภาวะเครียด ปัญหาการดูแล ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และอารมณ์โกรธลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2011) พบว่า การจัดการกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจินตนาการความคิดทางบวกและการวิเคราะห์เหตุการณ์ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและปัญหาการดูแลของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น และอาการปวดศีรษะ ภาวะเครียดลดลง

ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นติดตามเยี่ยม การกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้ากับผู้ดูแล ทั้งการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชยกรณีที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ให้คำแนะนำ ร่วมทั้งการปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติตามได้ จากการศึกษาของ วิญญา ไพบุลย์วัฒนกิจ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตศึกษาและติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นสรุปได้ว่ากิจกรรมทางการพยาบาลที่มีการผสมผสานครั้งนี้ประกอบด้วยทำให้ความรู้และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านมีผลลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

**สมมติฐานที่ 2** ภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามุ่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลสามารถเผชิญภาวะเครียดทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องของโรค การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรักษา ซึ่งเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้อย่างชัดเจน ครอบคลุม เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ลัดดา อะโนศรี, 2545) สอดคล้องกับ Hosaka & Sugiyama (1999) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของภาวะเครียดซึ่งเป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพจิต และการฝึกผ่อนคลายโดยฟังเพลง 10 นาที ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และการพักผ่อนโดยการฝึกจิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอภิปราย พบว่า การจัดกิจกรรมมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแล โดยแสดงในคะแนน ความซึมเศร้า ความโกรธ ต่อต้าน และภาวะเครียดต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อร่วมวางแผนและจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยประเมินสภาพแวดล้อมบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และร่วมจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาของชุตินา ทองวชิระ (2553) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษากลุ่มเดี่ยววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) จำนวน 25 คน ดำเนินกิจกรรมด้านดนตรีควบคู่กับกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งสาธิตการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละท่า จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามและให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน สอดคล้องกับ Lewis et al. (2009) ศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เทคนิคการจัดการกับภาวะเครียดโดยฝึกกำหนดลมหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และศิลปะบำบัด พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นและลดการตอบสนองสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดและช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และนิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 40 ราย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยติดตามผลระหว่างการดำเนินการวิจัยด้วยการโทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อติดตามเยี่ยม และการกระตุ้นเตือนติดตามความก้าวหน้ากับผู้ดูแล ทั้งการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามสามารถสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทั้งสามารถตอบปัญหาข้อข้องใจ และช่วยเหลือให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ

(Mcintosh & Worley, 1994) และเป็นระบบที่ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินและสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น (วาสนา ชนะพลพัฒน์ , 2547)

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พยาบาลประจำคลินิกสมองเสื่อมจะให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาผู้ดูแลรายบุคคล ซึ่งสามารถซักถามปัญหา ข้อข้องใจได้ตลอดเวลาในระยะที่ผู้ดูแลพา ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามแพทย์นัด ผลการวิจัยพบว่าภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีภาวะเครียดสูงกว่าปกติ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า สามารถลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้วิจัยจึงมี ข้อเสนอแนะดังนี้

### 1. ด้านการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาล เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Day care และนำไปใช้ในการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนและนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพคล้ายคลึงกันที่ให้การดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เนื่องจากการดูแลมีความ ซับซ้อนต่อเนื่องในระยะยาว หากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะเฉพาะอาจเกิดความไม่มั่นใจ และมี ภาวะเครียดตามมา ซึ่งถ้าได้รับการให้ความรู้และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัด สิ่งแวดล้อมที่บ้านจะช่วยลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้

### 2. ด้านการบริหาร

2.1 ควรมีศูนย์ให้ความรู้และแนะนำแนวทางการแก้ปัญหาการดูแลสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีเบอร์โทรศัพท์ให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง เพื่อจัดการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที

2.2 ควรมีการปรับปรุงระบบบริการ โดยส่งเสริมการบริการเชิงรุก ด้วยการโทรศัพท์ ติดตามเพื่อสอบถามปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมการจัดการภาวะเครียด ที่เหมาะสมสำหรับการดูแล

### 3. ด้านการศึกษาและการวิจัย

3.1 การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาการศึกษา 8 สัปดาห์และประเมินผลทันทีไม่มีการติดตามผล ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงภาวะเครียดของ ผู้ดูแลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินความคงทนของโปรแกรมได้

3.2 การศึกษาครั้งนี้ใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านมา จัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลและการให้ความรู้ ในการจัดการความเครียดครั้งต่อไปอาจนำวิธีการ

จัดการภาวะเครียดวิธีการอื่นๆกับผู้ดูแลมาศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแล และการจัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลที่เหมาะสมต่อไป

#### 4. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

4.1 การนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ใช้ควรผ่านการฝึกในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้เกิดทักษะ และสามารถเข้าใจถึงปัญหาอุปสรรคจากการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รวมทั้งให้คำแนะนำได้

4.2 การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเวลาจำกัดด้วยเวลาในการเข้ากลุ่ม ทำให้ระยะเวลาของการให้ข้อมูลและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าค่อนข้างน้อย ดังนั้นการนำโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าไปใช้ ควรจัดกระทำในกลุ่มผู้ดูแลที่สามารถเข้ารับการฝึกได้อย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น

4.3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต้องคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแลด้วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกพร มีศิริ. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการรายบุคคลด้วยการใช้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่ออาการเหนื่อยล้าในหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างการรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อมโรคหรือวัย*. กรุงเทพมหานคร: คบไฟการพิมพ์.
- กาญจนา มยุระวรรณ. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสลิฟต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณิต ณ พัทลุง. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คมสัน แก้วระยยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47(3), 147-157.
- จันทพร อธิทองดี. (2550). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 1, 121-133.
- จำลอง ดิษวณิช และพริ้มเพรา ดิษวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2545). กรณีศึกษา: ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 14, 66-73.

- ชนันต์ แสงสีดา. (2552). *สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช่อลดดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ชาติรี จุติตรี. (2553). *ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการให้ความรู้ต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก*. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุตินา ทองวชิระ. (2553). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิตินา ธารประสิทธิ์. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชคง, เทอดศักดิ์. (2545). *วิถีแห่งการคลายเครียด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน.
- เดือนใจ รักดีพรหม. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนพรรณ สิริสุนทร. (2543). *ทางเลือกของผู้ป่วย : รวมข้อคิดจากมุมมองของผู้ป่วย แพทย์ เภสัชพยาบาล เพื่อการพัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.
- นงค์เยาว์ ภูริวัฒนกุล วิลาวรรณ ทิพย์มงคล และกาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2549). *ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์ทักกระยะพักฟื้น*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(1), 19-27.
- นพดล เวชสวัสดิ์. (2548). *บุคลิกภาพสู่ความเป็นผู้นำ = Leadership Development*. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- นวรรตน์ สมเพชร และคณะ. (2549). *ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 89-97.
- นิตยา คชศิลา. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2546). *Dementia: An update*. *สารศิริราช* 55, 31-11.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ บุญเกิด. (2546). *แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณี จันทร์อินทร์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. (2546). *ชุมชนปัญญาทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปรีณิตัง.
- พิกุล ตันติธรรม. (2533). *ผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอบริบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนุญ ตนะวัฒนา. (2539). *การบริหารความเครียด*. กรุงเทพมหานคร: ซีรพงษ์การพิมพ์.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มรรยาท รุจิวิทย์ แลคณะ. (2547-2548). *การศึกษาภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่านโปรแกรมการฝึกไปโอพีดีและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด*. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2, 84-93.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุฒวัฒน์ และสมฤดี สิทธิมงคล. (2542). *ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล*. *วารสารวิจัยการพยาบาล*, 3, 251-267.
- เยาวภา ยงติมิตรภาพ. (2546). *ผลการจัดการกลุ่มในการศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). *สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). *ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2547). *สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ป้องกันได้*. เอกสารประกอบการประชุม  
 วิชาการระดับชาติ เรื่องผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา.
- นภาพร ฤทธิวีระกุลม. (2548). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
 บูรพา.
- ละเอียด ชูประยูร. (2538). *เทคนิคคลายเครียด*. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ: ฝ่ายจิตเวช  
 โรงพยาบาลเจ้าพระยา.
- ลัดดา อะโนศรี. (2545). *ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคจิต  
 จางอะพลาสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. กรุงเทพมหานคร:  
 บุญศิริการพิมพ์.
- สิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547). *ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม:  
 กรณีศึกษา*. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 5(1), 43-48.
- ไทรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2548). *การศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อม  
 ของผู้สูงอายุ*. จุฬาสัมพันธ์, 48(28).
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). *ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. วารสารพัฒนาวิทยา  
 และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(1), 11-17.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). *การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ช้องทอง. (2550). *การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย  
 กล้ามเนื้อแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์  
 สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2550). *เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ*. จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนวเพื่อการ  
 แนะแนว. กรุงเทพมหานคร: เซ็นทรัลเอ็กซ์เพรสการ.
- วัลลภา ผ่องแผ้ว. (2553). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานา  
 ปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขา  
 การพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วาสนา ชนะพลพัฒน์. (2548). *ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไปโอพิดแบบต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีระศักดิ์ ชลไชยะ. (2551). *ทักษะการสื่อสาร เพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์ (Producer). (2554). *ความเครียด และวิธีแก้ความเครียด* [ออนไลน์], 10 มกราคม 2554. แหล่งที่มา [www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0047.pdf](http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0047.pdf)
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 6(1), 13-23.
- ศิริพร นิลมณฑา. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับญาติของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ ศูนย์สาธิตบริการโรคติดต่อเขต 2 สระบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. Bryar, R. M., & Newwens, A. J. (2543). *การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย*. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(4), 15-24.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2555). *ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ คະเนนอก. (2551). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: วิถีสาน.
- สมบัติ ตาปัญญา. (2526). *คู่มือคลายเครียด ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกันและการแก้ไข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เจริญบุญการพิมพ์.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2547). *ความเครียดและอาการทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2555). *วิธีการรักษาโรคสมองเสื่อม* [ออนไลน์], 11 มกราคม 2554. แหล่งที่มา [www.azthai.org/](http://www.azthai.org/)
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). *ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธารณสุข, กระทรวง.กรมสุขภาพจิต. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. (2541). *ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง.กรมสุขภาพจิต. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือคลายเครียด*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สำนักงานการแพทย์ทางเลือก. (2552). *พุทธธรรมบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข, กระทรวง.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี 2551-2552*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2543). *สมองเสื่อมได้อย่างไร*. *หมอชาวบ้าน*, 21(250), 9-15.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2552). *คู่มือยึดอายุสมอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2547). *ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 12(1), 1-20.
- สุกัญญา เอมอัมธรรม. (2543). *ประสบการณ์การเอนการสอนแบบใช้ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์*. *การคิดวิเคราะห์วิจารณ์*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุดา เทพศิริ. (2543). *ผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 12(1), 39-51.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุทธิณี วัฒนกุลม. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา บุญรักษา. (2548). ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟร่วมกับการติดตามการเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาวดี พุฒิน้อย. (2548). ปัญหาอุปสรรคและการปรับตัวของนักศึกษากิจกรรมบำบัดชั้นปีที่ 4 ต่อการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกนอกสถานที่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพินท์ บุญนาค. (2543). ความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 4(1), 14-26.
- อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา คงกิตติมากุล. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมของการพัฒนาความเป็นเลิศในพฤติกรรมด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารุณี อัครศุภฤกษ์. (2547). ประสิทธิภาพผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต่อกระดูกในระลอก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

## ภาษาอังกฤษ

- Aiken, L. H. & Henrich, T. F. (1971). Systematic relaxation as a nursing intervention technique with open heart surgery patients. . *Nursing Research*, 20(3), 212-217.
- Anderson, J. R. & Turner, W. L. (2010). When caregivers are in need of care: African-American caregivers' preferences for their own later life care. *Journal of Aging Studies*, 24, 65-73.
- Aselage, M. B., Amella, E. J. & Watson, R. (2011). State of the science: Alleviating mealtime difficulties in nursing home residents with dementia. *Nursing outlook*, 59, 210-214.
- Association., American Alzheimer's. (2012). *20th Alzheimer Europe Conference Facing Dementia together Luxembourg*. Luxembourg.
- Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B. (1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 281-291.
- Benson, H., Kotch, J. B. & Crassweller, K. D. (1997). The relaxation response: a bridge between psychiatry and medicine. *The Medical clinics of North America*, 61(4), 929-938.
- Bruce, B. D., et al. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregiver. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 60a(30), 345-349.
- Burns, A., O'Brien, J. & Ames, D. (2005). *Dementia* (3<sup>rd</sup> ed.). UK: Edward Arnold Ltd.
- Butcher, H. K., Holkup, P. A. & Buckwalter, K. C. (2001). The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 33-35.
- Bypass, K. (1998). Soothing body and Soul. . *Nursing Time*, 84, 39-41.
- Carretero, S., Garces, J., Rodenas, F. & Sanjose, V. (2008). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 49, 74-79.
- Chang, H. J. (2009). The correlation of home care with family caregiver burden and depressive mood: An examination of moderating functions. *International Journal of Gerontology*, 3(3), 170-180.



- Corner, J., Cawley, N., & Hidebrand, S. (1995). An evaluation of the use of massage and essential oils on the wellbeing of cancer patients. *International Journal of Palliative Nursing* 1, 67.
- De Leon, M. J. & Reisberg, B. (1991). An Atlas of Alzheimer's Disease. The Encyclopedia of Visual Medicine Series. 1999, from <http://www.alzinfo.org/clinical-stages-of-alzheimers>
- Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: A review of self-report Instruments. Developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 922-953.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17.
- Dossey, B. M., & Guzzetta, C. E., & Keruner, C. V. (1992). *Critical care nursing: Body-mind-spirit* (3<sup>rd</sup> ed.). J. B. Lippincott: Philadelphia.
- Eayrs, P. (2009). Snapshot: Alzheimer's Australia pilot of an innovative approach to consumer education and training. *International Psychogeriatrics*, 21, 69-71.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. . . *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428.
- Fimkel, S. L. (2001). Behavioral and psychological symptom of dementia: A current focus for clinician, research and caregiver. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 3-6.
- Fonareva, I., Amen, A. M., Ellingson, R. M. & Oken, B. S. (2012). Differences in stress-related ratings between research center and home environments in dementia caregiver using ecological momentary assessment. *International Psychogeriatrics*, 24(1), 90-98.
- Frisadi, V., & Imbimbo, B. P. (2011). Gerontechnology for demented Patients: Smart homes for smart aging. *Journal of Alzheimer's Disease*, 23, 143-146.
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H.L., Dupart, T., Jimenez, D., & Thompson, L. W. (2008). Effectiveness of cognitive/ behavioral small group intervention for reduction of depression and stress in Non Hispanic White and Hispanic/Latino women dementia

- family caregivers: Outcomes and mediators of change. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 286-303.
- Garcia-Alberca, J. M., et al. (2012). Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with alzheimer's disease. Results from the MALAGA-AD study. *Journal of Affective Disorders*, 136, 848-856.
- Garre-Olmo, J., Lopez-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinya, D., Ballester, D., & Vilalta-Franch, J. (2012). Environmental determinants of life in nursing home residents with severe dementia. *The American Geriatrics Society*, 1-7.
- Gitlin, L. N., Hodgson, N., Jutkowitz, E., & Pizzi, L. (2010). The cost – effectiveness of a nonpharmacological intervention for individuals with dementia caregiver: The tailored activity program. . *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 510-519.
- Gitlin, L. N. (2012). Good news for dementia care: Caregiver interventions reduce behavioral symptoms in people with dementia and family distress. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 894-897.
- Gonzalez-Salvador M.T., Arango C., Lyketsos C.G. & Barba A.C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 701-710.
- Grant, J. S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregiver *Home Health Care Nurse*, 14(14), 883-902.
- Hall, G. R. (1988). *Behavioral assessment for low stimulus care plan*. . Iowa City: University of Iowa, .
- Hirano, A., Suzuki, Y., Kuzuya, M., Onishi, J., Ban, N., & Umegaki, H. (2011). Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 53, e158-e163.
- Hogan, D.B., et al. (2007). Management of mild to moderate alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 3, 355-384.
- Hong, G-R. S., & Kim, H. (2008). Family caregiver burden By relationship to care recipient with dementia in korea. . *Geriatric Nursing*, 29(4), 267-274.

- Hooker, K., & et al. (2002). Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregiver. . *Journal of Gerontology series b- Psychological Sciences & Social Sciences*, 57b(5), 53-60.
- Hosaka, T., & Sugiyama, Y. (1999). A Structured Intervention for Family Caregivers of Dementia Patients: A Pilot Study. *The Tokai journal of experimental and clinical medicine*, 24(1), 35-39.
- Innes, A., Kelly, F., & Dincarslan, O. (2011). Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family cares value? *Aging & Mental health*, 15(5), 548-556.
- International, World Health Organization and Alzheimer's Disease. (2012). *Dementia*. Switzerland: World Health Organization.
- Jacobson, E. (1976). *You must relax*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Jacobson, E (1977). The origins and development of progressive relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8(2), 119-123.
- Janis, I. L. (1958). *Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients*. New York: Wiley.
- Kelley, L. S., Buckwalter, K. C., & Mass, M. L. (1999). Access to health care resources for family caregivers of elderly persons with dementia. *Nursing Outlook*, 47(1), 8-14.
- Kim., M.-D., Hong., S.-C., Lee., C.-I., Kim., S.-Y., Kang., I.-O., & Lee., S.-Y. (2009). Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. *Gerontology*, 55, 106-113.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress: appraisal and coping model*. New York: Springer.
- Lee., Y.-R., Sung., K.-t., & Kim., Y.-E. (2011). Effects of home-base stress management training on primary caregivers of elderly people with dementia in South Korea. *Dementia*, 11(2), 171-179.
- Lewis., S. L., et al. (2009). A stress-busting program for family caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 34(4), 151-159.
- Lim, Y. M., Son, G-W., Song, J-A., & Beattie, E. (2008). Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 226-234.

- Lu, Y-F., & Wykle, M. (2007). Relationships Between caregiver stress and self-care behaviors in response to symptoms. *Clinical Nursing Research*, 16(1), 29-43.
- Luchetti, L., et al. (2009). The subjective of burden in caregiver of elderly with dementia: how to intervention? . *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 153-161.
- Lueckenott, A. G. (2000). *Gerontologic nursing*. St. Louis: Mosby.
- Margaret, P. C., & Arch, M. (2007). *Design for Dementia Planning Environments for the Elderly and the Confused*. Maryland: National Health Publishing.
- Maria, M. M., & Mary, S. (2007). *The Comfort of Home for Alzheimer's Disease*. Portland: Care Trust Publications.
- Mc Cabe, L., & Sim, D. (2006). Working in a dementia-friendly's office: Stirling University's Iris Murdoch Building. *Design Studies*, 27(5), 615-632.
- McCallum, T. J., Sorocco, K. H., & Thomas, F. (2006). Mental Health and Diurnal Salivary Cortisol Patterns Among African American and European American Female Dementia Family Caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 684-693.
- Mccloskey, R. M. (2004). Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatric Nursing*, 25(3), 139-144.
- McIntosh, J., & Worley, N. (1994). Beyond Discharge: Telephone Follow-Up and Aftercare. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(10), 21-27.
- Mitty, E., & Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions *Geriatric Nursing*, 28(5), 283-288.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253.
- Mokhtari., M., Aloulou., H., Tiberghien., T., Biswas., J., racoceanu., D., & Yap, P. (2012). New trends to support independence in persons with mild dementia-a mini-review *Gerontology*, 1-10.
- Ms Curry, S. M., Logsdon, R. G., Terri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 143-153.
- Munden, J., & Goldberg, E. K. (2003). *Elder Care Strategies Expert Care Plan for Older Adults*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H., & Iguchi, A. (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*(2), 159-168.
- Ory, M., et al. (1999). Prevalence and impact of caregiver: a detailed comparison between dementia and nondementia caregiver. *Gerontologist*, *39*, 155-166.
- Pattanayak, R. D., Jena, R., Tripathi, M., & Khandelwal, S. K. (2010). Assessment of burden in caregivers of alzheimer's disease from india. *Asian Journal of Psychiatry*, *3*, 112-116.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., & Beck, T.B. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Qizilbash, N., Lewington, S. L., & Lopez-Arrieta, J.M. (2002). *Corticosteroids for acute ischaemic stroke*. [Cochrane Database Syst Rev](#). (2):CD000064.
- Rice, R. (2000). elecaring in home care: Making a telephone visit. *Geriatric Nursing*, *21*(1), 56-57.
- Robert, Y. (2005). *At home with dementia*. Australia: Alzheimer's Australia.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress association with aggression in people with dementia; its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, *31*, 172-180.
- Rosa, E. et al. (2010). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatric*, *51*, 54-58.
- Ross, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in Primary Care*. London: Routledge.
- Sasat, S. (1998). *Caring for dementia in Thailand: A study a family care for demented elderly relative in Thai Buddhist society*. Unpublished Ph.D. Thesis. University of Hull: UK.
- Scheonmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Miturias*, *66*(2), 191-200.

- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders, 101*, 75-78.
- Shu, E., Mermina, Z., & Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for Elderly home care clients after discharge. *Home Healthcare Nurse, 14*(3), 155-161.
- Sinatra, D. (2000). Relaxation as a Holistic Nursing Intervention. *Holistic Nursing Practice, 14*(3), 30-39.
- Snyder, M. (1998). *Progressive muscle relaxation. Complementary/ alternative Therapies in Nursing*. (3rd ed.). New York: Springer.
- Spruytt, N., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2001). Predictors of institutionalization of cognitive-impaired elderly cared for by their relatives. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 1119-1128.
- Teri, L., & Wagner, A. (1992). Alzheimer's disease and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 379-391.
- Titiebaum, H. (1988). *Relaxation. In Zahourek, R.p. Tool for the therapeutic communication and intervention*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Torrington, J. (2009). The design of technology and environments to support enjoyable activity for people with dementia. ALTER - European. *Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap, 3*(2), 123-137.
- Ulstein, I. D. (2007). *Dementia in the family* Master's Thesis, Department of Geriatric Medicine and Norwegian Centre for Dementia Research, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Van Hoof, J., Kort, H. S. M., Duijnste, M. S. H., Rutten, P. G. S., & Hensen, J. L. M. (2010). The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia. *Building and Environment, 45*(5), 1244-1261.
- Van Hoof, J. V., Schoutens, A.M.C., & Aarts, M.P.J. (2009). High colour temperature lighting for institutionalised older people with dementia. *Building and Environment, 44*(9), 1959-1969.
- Walker, C. E. (1981). *Relaxation Training. In Clinical procedures for behavior therapy*. San Diego: Prentice-Hall.

- Wherton, J. P., & Monk, A. F. (2008). Technological opportunities for supporting people with dementia who are living at home. *International Journal of Human-Computer Studies*, *66*, 571-586.
- Wiersma, E. C. (2008). The experiences of place: Veterans with dementia making meaning of their environments. *Health & Place*, *14*(4), 779-794.
- Wilz, G., & Heitz, M. F. (2008). Assisted vacation for men with dementia and their caregiving spouses: evaluation of health-related effect. *The Gerontologist*, *48*(1), 115-119.
- Wong, K. W., Wong, F. K. Y. (2005). Effect of nursing-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease *Journal of Advanced Nursing*, *49*(2), 210-222.
- Yeh, S-h., Johnson, M. A., & Wang, S-T. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing Studies*, *39*, 591-600.
- Zarit, S. H. (2008). *Diagnosis and management of caregiver burden in dementia* (3rd ed. Vol. 89).



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สังกัด
พ.ท. นพ.เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดอะซีเนียร์
นพ. วีระ นิยมวัน	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (นายแพทย์ 10 ด้านสาธารณสุข) กรมอนามัย
รศ. ดร.ไตรรัตน์ จารุทัศน์	หัวหน้าภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางจินตนา ฉัตรกุลกรีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา



ภาคผนวก ข  
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/ 0342



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ (พันโท นายแพทย์ เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ำร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ โทร. 087-082-5720

ที่ ศร 0512.11/๐342



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ วีระ นิยมวัน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกานดา วรรณพิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวกานดา วรรณพิเศษ โทร. 087-082-5720





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๕๓๓

วันที่ 3 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ไตรรัตน์ จารุทัศน์ ผู้ช่วยอธิการบดี และอาจารย์ประจำคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ไตรรัตน์ จารุทัศน์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ โทร. 087-082-5720

ที่ ศร 0512.11/0342

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

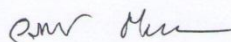
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกานดา วรรณพิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐานเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรณ วิโรจน์รัตน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวกานดา วรรณพิเศษ โทร. 087-082-5720

ที่ ศร 0512.11/0342

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘/ มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

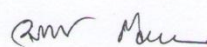
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทยุทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกานดา วรรณพิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางจินตนา ฉัตรกุลกวิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานบริการผู้ป่วยนอก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางจินตนา ฉัตรกุลกวิน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวกานดา วรรณพิเศษ โทร. 087-082-5720





ภาคผนวก ค  
เอกสารจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0๕๕๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ เมษายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

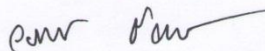
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 43 คน โดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน และแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ โทร. 087-082-5720



เอกสารเลขที่ 34./2556

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับ  
การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เลขที่โครงการ 56025

ผู้วิจัยหลัก น.ส.กานดา วรคุณพิเศษ

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา

เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ 1. แบบเสนอโครงการวิจัย (วันที่รับเอกสาร 28 มิถุนายน 2556)  
2. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (วันที่รับเอกสาร 28 มิถุนายน 2556)  
3. หนังสือใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (วันที่รับเอกสาร 28 มิถุนายน 2556)  
4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (วันที่รับเอกสาร 9 พฤษภาคม 2556)

วันที่พิจารณาอนุมัติ 24 กรกฎาคม 2556

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือ  
ฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตาม  
เอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ

(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม 2556 ถึงวันที่ 24 กรกฎาคม 2557

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาว กานดา วรคุณพิเศษ

สถานที่ติดต่อ 99/212 หมู่บ้านคาซาวิลล์ 1 (ราชพฤกษ์-รัตนานิเบศร์) หมู่ที่ 5 ตำบลบางรักน้อย อำเภอมะนัง จังหวัดนันทบุรี 11000

โทรศัพท์ 08-7082-5720 E-mail: kandawora@gmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
  - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ อีกกลุ่มคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยกลุ่มทดลองจะพบกับผู้วิจัยจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งในการพบกับกลุ่มทดลองแต่ละครั้งกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากผู้วิจัยเป็นจำนวน 3 ครั้ง และให้กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะเครียดจำนวน 13 ข้อ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์
4. โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ประกอบด้วย
  - 4.1 การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินระดับภาวะเครียดของผู้ดูแล
  - 4.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
  - 4.3 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
  - 4.4 การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน
  - 4.5 การโทรศัพท์ติดตาม
  - 4.6 การประเมินผลการทดลอง

5. ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ท่านและผู้ป่วยและไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาแต่อย่างใด เพียงแต่ผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการเข้าร่วมโครงการให้ความรู้และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการตอบสนองประเมินระดับความเครียด

6. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่ท่านและผู้ป่วยพึงจะได้รับ

7. ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา



### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ  
ก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาว กานดา วรคุณพิเศษ

สถานที่ติดต่อ 99/212 หมู่บ้านคชาวิลล์ 1 (ราชพฤกษ์-รัตนานิเบศร์) หมู่ที่ 5 ตำบลบางรักน้อย  
อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 08-7082-5720 E-mail: [kandawora@gmail.com](mailto:kandawora@gmail.com)

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออก  
จากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่  
เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ  
ข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
    - 1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
    - 1.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 1.2 แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล
2. เครื่องมือใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย
  - 2.1 แบบรายงานผลการฝึกผ่อนคลาย
  - 2.2 แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าที่บ้าน
  - 2.3 แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ
  - 2.4 แบบประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
 

โปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับ ประกอบด้วย

  - 3.1 แผนการสอนเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน
  - 3.2 คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในวงเล็บข้อความต่อไปนี้

#### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

- 1) อายุ.....ปี..... เดือน
- 2) เพศ  ชาย  หญิง
- 3) สถานภาพสมรส  โสด  คู่  
 หย่า  แยกกันอยู่
- 4) เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็น  คู่สมรส  บุตร  
 หลาน  พี่ / น้อง  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 5) อาชีพ  ทำงานบ้าน  รับจ้าง  
 ค้าขาย  รับราชการ  
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พนักงานเอกชน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 6) รายได้ของผู้ดูแล จำนวน..... บาท/เดือน  
 พอใช้และมีเก็บสะสม  พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม  
 ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน  ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
- 7) ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา/ ปวช.  อนุปริญญา/ ปวส.  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 8) โรคประจำตัวของผู้ดูแล (ระบุ) .....
- 9) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ..... ปี ..... เดือน
- 10) ใน 1 สัปดาห์ดูแล.....วัน
- 11) ใน 1 วัน ดูแล.....ชั่วโมง  กลางวัน  กลางคืน  ดูแลตลอดเวลา

#### 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

- 1) อายุ.....ปี
- 2) เพศ  ชาย  หญิง
- 3) ระยะเวลาในการป่วย ..... ปี ..... เดือน
- 4) อาการทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....

### แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินภาวะเครียดของท่าน (ผู้ดูแล) จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วให้พิจารณาใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องทางขวามือ ที่ท่านก็ประสบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงช่องเดียว

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ถูกรบกวนการนอนหลับ (เช่น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมาไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน)		
2. มีความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล (เช่น ต้องใช้เวลานานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลานานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ)		
3. มีความตึงเครียดในร่างกาย (เช่น ต้องช่วยพยุงหรือยกผู้สูงอายุจากเก้าอี้ ต้องใช้ความพยายามหรือให้การเอาใจใส่อย่างมาก)		
.		
.		
13. มีความรู้สึกวุ่นวายเรื่องราวต่าง ๆ ประดังเข้ามา (เช่น กังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นห่วงว่าฉันจะจัดการได้อย่างไร)		

### แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

**คำชี้แจง:** แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจนี้เป็นการให้คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลักเกณฑ์ของการประเมินจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความถี่ของอาการต่างๆ ที่ปรากฏ โดยในแต่ละหัวข้อให้ทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความเหมาะสม ดังนี้

#### ตอนที่ 1: การประเมินลักษณะอาการ (Symptomatology)

##### 1. อาการหลงผิดว่ามีคนจะมาขโมยของ

- 0  ไม่มี  
 1  หลงผิดว่ามีคนนำของไปซ่อน  
 2  หลงผิดว่ามีคนเข้ามาขโมยของในบ้าน  
 3  พุดจาได้ต่อบกับคนที่เข้ามาในบ้านเพราะคิดว่าเขาเป็นขโมย  
 .  
 .  
 .

##### 25. ความกลัวอื่นๆ

- 0  ไม่มี  
 1  มี  
 2  มี และผู้ดูแลต้องเพิ่มการดูแลมากขึ้น  
 3  มีและจำเป็นต้องควบคุมพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยด้วย

#### ตอนที่ 2 การประเมินโดยรวม (Global Rating)

จากอาการทั้งหมดของคนไข้ ข้อใดคือข้อสรุปที่เหมาะสมที่สุด

- 0  ไม่สร้างปัญหาใดๆให้กับผู้ดูแลหรือไม่มีอันตรายใดๆกับตัวผู้ป่วยเอง  
 1  สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแลเล็กน้อยหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง  
 2  สร้างปัญหาให้กับตัวผู้ดูแลปานกลางหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง  
 3  สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแลมากหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง

คะแนนรวม.....

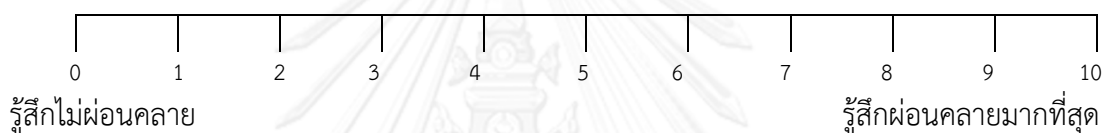
### แบบประเมินการผ่อนคลาย

วันที่.....

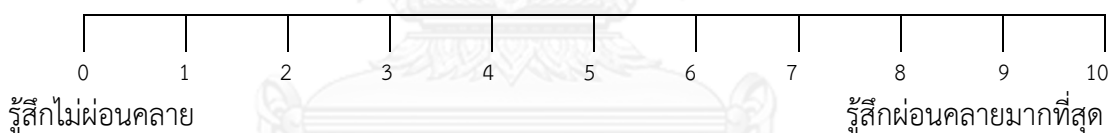
ชื่อผู้ปฏิบัติ.....

การประเมินโดยใช้ความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ปฏิบัติการผ่อนคลายก่อนและหลังการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยใช้มาตรวัดการประเมินค่าด้วยตนเอง (visual analog scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนคะแนน 0 มีความหมายว่า ไม่รู้สึกผ่อนคลาย ปลายด้านขวาสุดแทนคะแนน 10 คะแนน มีความหมายว่า ผ่อนคลายมากที่สุด อาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง เช่น **ด้านจิตใจ** รู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง คลายกังวล ความคิดไม่สับสน ไม่หงุดหงิด ไม่กลัว **ด้านอารมณ์** อารมณ์เย็นขึ้น สบายใจ เป็นสุข **ด้านร่างกาย** ปวดเมื่อยตัวน้อยลง ไม่ปวดไม่ตึงที่แขน ขา หลัง ศีรษะ

**คำชี้แจง** เส้นตรงข้างล่างนี้เป็นมาตรวัดความรู้สึกผ่อนคลาย กรุณาขีดเส้นในแนวตั้ง ( | ) ทับลงบนมาตรวัด ตามความรู้สึกผ่อนคลายของท่าน **ก่อนการปฏิบัติ** การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



**คำชี้แจง** เส้นตรงข้างล่างนี้เป็นมาตรวัดความรู้สึกผ่อนคลาย กรุณาขีดเส้นในแนวตั้ง ( | ) ทับลงบนมาตรวัด ตามความรู้สึกผ่อนคลายของท่าน **ภายหลังการปฏิบัติ** การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ



### แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

ชื่อผู้ทำกิจกรรม .....

คำชี้แจง ให้บันทึกรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ วัน เดือน ปี เวลาที่ฝึก จับชีพจรก่อนและหลังการฝึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า โดยบันทึกเป็นอาการหรือความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละครั้ง **ด้านจิตใจ** เช่น รู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง คลายกังวล ความคิดไม่สับสน ไม่หงุดหงิด ไม่กลัว **ด้านอารมณ์** เช่น อารมณ์เย็นขึ้น สบายใจ เป็นสุข **ด้านร่างกาย** เช่น ปวดเมื่อยตัวน้อยลง ไม่ปวดไม่ตึงที่แขน ขา หลัง หัว โดยบันทึกทุกครั้งที่มีการฝึก

วันที่	เวลา	จำนวนชีพจร(ครั้ง/นาที)		อธิบายความรู้สึกของผู้ปฏิบัติหลังการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (พอสังเขป)
		ก่อน	หลัง	
				ด้านจิตใจ : ด้านอารมณ์ : ด้านร่างกาย :
				ด้านจิตใจ : ด้านอารมณ์ : ด้านร่างกาย :
				ด้านจิตใจ : ด้านอารมณ์ : ด้านร่างกาย :

### แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** แบบบันทึกสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเป็นแบบบันทึกที่ใช้ในการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในอาคารที่พัก มีวัตถุประสงค์เพื่อนำแบบบันทึกที่ได้จากการสำรวจมาประเมินหาความเป็นไปได้และแนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สำรวจและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่มีคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ให้ตรงกับความจริงของสิ่งแวดล้อมภายในอาคารที่พักของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งระบุรายละเอียดที่พบในช่อง “หมายเหตุ” ด้วย ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

เกณฑ์	ใช่	ไม่ใช่	รายละเอียด / ลักษณะ
<b>1. ห้องนั่งเล่น</b>			
1.1 อยู่ในบริเวณที่ผู้ดูแลมองเห็นได้ง่าย			
1.2 วัสดุปูพื้นต้องไม่ลื่น/ไม่ควรขัดเงา			
1.3 กรณีใช้พรมเช็ดเท้า ควรเลือกใช้พรมสีเรียบและยึดหรือติดเทปกาวที่พรมเช็ดเท้า เพื่อป้องกันการลื่นล้ม			
1.4 ติดผ้าม่านเพื่อช่วยปรับลดแสงสว่างภายในห้องและลดเสียงรบกวนจากภายนอก			
1.5 อากาศถ่ายเทสะดวก			
1.6 เฟอร์นิเจอร์มีความมั่นคงแข็งแรง อยู่ในตำแหน่งที่ได้รับแสงธรรมชาติ มองเห็นได้ชัดเจน			
1.7 จัดที่นั่งและกิจกรรมส่งเสริมความทรงจำ เช่น งานศิลปะต่างๆ การต่อจิ๊กซอว์ การเล่นเกม การอ่านหนังสือ ฯลฯ			
1.8 ตกแต่งผนังห้องโดยการติดรูปภาพของครอบครัว/ เพื่อน และมีกระดานบันทึกเพื่อช่วยเตือนความจำ			
1.9 จัดเส้นทางเดิน โดยมีราวจับที่มั่นคงระดับการติดตั้งที่เหมาะสม และมีจุดที่ผู้ปวยสามารถนั่งพักระหว่างทาง			

แผนการสอน เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัด  
สิ่งแวดล้อมที่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มีขั้นตอนดังนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และแนะนำแหล่งบริการ
2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
3. ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

จำนวนผู้ดูแล 20 คน

สถานที่ คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา

ระยะเวลา การให้ข้อมูลระยะเวลา 35 นาที และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีทักษะในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

กิจกรรม 1. การให้ข้อมูล

2. การสาธิต
3. การฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ



วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย</p>	<p>สวัสดี ค่ะดิฉันชื่อ นางสาว กานดา วรคุณพิเศษ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม</p> <p><b>บทนำ</b></p> <p>ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้าน การดำเนินโรคมักเป็นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง มีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจ บุคลิกภาพ การใช้ภาษา ทักษะการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกผิดปกติโดยระดับความรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต</p>	<p><b>ขั้นนำ</b></p> <p>-ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม พร้อมแนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมงานวิจัยพอสังเขป</p> <p>-ระยะเวลา 5 นาที</p>	<p>Power point</p>	<p>ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สอน ให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย</p>

## คู่มือ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า  
และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



จัดทำโดย

นางสาวกานดา วรคุณพิเศษ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556



## การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า

การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่ปราศจากความกดดันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม โดยปราศจากความตึงเครียดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน เป็นเทคนิคการผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่มีหลักสำคัญคือ ให้มีการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อแต่ละมัด เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งกับการคลาย เมื่อได้รับการฝึกอย่างสม่ำเสมอ ผู้ฝึกสามารถรู้ตนเองได้ทันทีเมื่อกล้ามเนื้อเกร็งขึ้นมา และจะสามารถควบคุมให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อได้

**วัตถุประสงค์** การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และคลายภาวะเครียดลงได้

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ซึ่งเป็นการสอนฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อครอบคลุมกล้ามเนื้อ บริเวณ เท้า น่อง ต้นขา มือ แขน ต้นแขน หัวไหล่ หน้าอก หน้าท้อง คอ หน้าผาก คิ้ว ตา แก้ม และปาก ตามลำดับ ซึ่งต้องปฏิบัติพร้อมกับกำหนด จิต อารมณ์ ให้สงบนิ่ง พังตรงจุดที่เกร็ง และคลายให้นานพอ จึงจะลดภาวะเครียดได้





ภาคผนวก จ  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแล การจับคู่ตัวแปรสำคัญ มีดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแล

คู่ที่	อายุ		เพศ		ระยะเวลาการดูแล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	38	36	หญิง	หญิง	5	4
2	66	67	ชาย	ชาย	2	4
3	53	55	หญิง	หญิง	2	2
4	34	36	หญิง	หญิง	2	2
5	71	72	ชาย	ชาย	5	4
6	55	50	หญิง	หญิง	4	4
7	72	70	ชาย	ชาย	4	4
8	49	45	หญิง	หญิง	6	6
9	58	62	หญิง	หญิง	1	2
10	34	39	หญิง	หญิง	4	3
11	64	61	หญิง	หญิง	3	3
12	53	49	หญิง	หญิง	5	4
13	47	48	หญิง	หญิง	1	3
14	48	53	หญิง	หญิง	4	5
15	42	38	หญิง	หญิง	10	10
16	55	56	หญิง	หญิง	2	2
17	69	64	ชาย	ชาย	4	3
18	34	31	หญิง	หญิง	1	1
19	55	54	หญิง	หญิง	8	10
20	48	48	หญิง	หญิง	4	3

**ส่วนที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	8	4	9	10
2	8	5	9	10
3	9	6	8	10
4	12	7	8	8
5	11	7	8	8
6	8	5	7	8
7	9	6	9	6
8	10	6	8	8
9	11	6	9	10
10	8	6	7	8
11	8	6	9	9
12	8	5	7	8
13	9	6	8	6
14	10	6	8	8
15	8	5	8	6
16	9	5	9	11
17	8	5	7	7
18	10	7	8	8
19	10	7	7	7
20	9	5	8	9

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดรายข้อ			
	กลุ่มทดลอง ( $n_1 = 20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2 = 20$ )	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง
ข้อที่ 1. ถูกรบกวนการนอนหลับ (เช่น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมา ไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน)	0.75	0.35	0.71	0.81
ข้อที่ 2. มีความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล (เช่น ต้องใช้เวลานานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลานานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ)	0.70	0.35	0.38	0.29
ข้อที่ 3. มีความตึงเครียดในร่างกาย (เช่น ต้องช่วยพยุงหรือยกผู้สูงอายุจากเก้าอี้ ต้องใช้ความพยายามหรือให้การเอาใจใส่อย่างมาก)	0.80	0.10	0.81	0.67
ข้อที่ 4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว (เช่น การดูแลทำให้ไม่มีเวลาว่างหรือไม่สามารถไปเที่ยว)	0.75	0.35	0.52	0.52
ข้อที่ 5. มีการปรับปรุงกิจวัตรประจำวันของบุคคลในครอบครัว (เช่น การให้การดูแลทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัวกระทบกับกิจวัตรประจำวัน)	0.85	0.85	0.43	0.43
ข้อที่ 6. มีการเปลี่ยนแปลงแผนการของแต่ละคน (เช่น ปฏิเสธงาน ไม่มีเวลาพักร้อน)	0.75	0.65	0.71	0.67
ข้อที่ 7. เวลาส่วนตัวของฉันยังต้องใช้ในด้านอื่น ๆ อีก (เช่น จากคนอื่น ๆ ในครอบครัว)	0.65	0.65	0.62	0.67
ข้อที่ 8. ต้องมีการปรับระดับอารมณ์ (เช่น เพราะว่ามีภาระทะเลาะกันรุนแรง)	0.70	0.15	0.67	0.76
ข้อที่ 9. มีพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุทำให้รู้สึกอารมณ์เสีย (เช่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหาเรื่องความจำในสิ่งต่าง ๆ)	1.00	0.65	0.76	0.86
ข้อที่ 10. ฉันรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน	0.60	0.25	0.90	0.76

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดรายข้อ			
	กลุ่มทดลอง ( $n_1 = 20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2 = 20$ )	
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
ข้อที่ 11. มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการทำงาน (เช่น จะต้องหาเวลาหยุด)	0.60	0.60	0.62	0.71
ข้อที่ 12. เป็นเรื่องความตึงเครียดทางการเงิน	0.35	0.35	0.29	0.29
ข้อที่ 13. มีความรู้สึกราวต่าง ๆ ประดังเข้ามา (เช่น กังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นห่วงว่าฉันจะจัดการได้อย่างไร)	0.60	0.45	0.76	0.67



ตารางที่ 8 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดรายข้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเครียดรายข้อ		
ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ข้อที่ 1. ถูกรบกวนการนอนหลับ ( เช่น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมาไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน)	0.35	0.80
ข้อที่ 2. มีความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล (เช่น ต้องใช้เวลานานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลานานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ)	0.35	0.30
ข้อที่ 3. มีความตึงเครียดในร่างกาย (เช่น ต้องช่วยพยุงหรือยกผู้สูงอายุจากเก้าอี้ ต้องใช้ความพยายามหรือให้การเอาใจใส่อย่างมาก)	0.10	0.70
ข้อที่ 4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว ( เช่น การดูแลทำให้ไม่มีเวลาว่างหรือไม่สามารถไปเที่ยว)	0.35	0.55
ข้อที่ 5. มีการปรับปรุงกิจวัตรประจำวันของคุณในครอบครัว (เช่น การให้การดูแลทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัวกระทบกับกิจวัตรประจำวัน)	0.85	0.45
ข้อที่ 6. มีการเปลี่ยนแปลงแผนการของแต่ละคน (เช่น ปฏิเสธงาน ไม่มีเวลาพักร้อน)	0.65	0.65
ข้อที่ 7. เวลาส่วนตัวของฉันยังต้องใช้ในด้านอื่น ๆ อีก (เช่น จากคนอื่น ๆ ในครอบครัว)	0.65	0.70
ข้อที่ 8. ต้องมีการปรับระดับอารมณ์ (เช่น เพราะว่ามีภาระที่หนักหนา)	0.15	0.80
ข้อที่ 9. มีพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุทำให้รู้สึกอารมณ์เสีย (เช่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหาเรื่องความจำในสิ่งต่าง ๆ)	0.65	0.90
ข้อที่ 10. ฉันรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน	0.25	0.75
ข้อที่ 11. มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการทำงาน (เช่น จะต้องหาเวลาหยุด)	0.60	0.70
ข้อที่ 12. เป็นเรื่องความตึงเครียดทางการเงิน	0.35	0.25
ข้อที่ 13. มีความรู้สึกวุ่นวายต่าง ๆ ประดังเข้ามา (เช่น กังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นห่วงว่าฉันจะจัดการได้อย่างไร)	0.45	0.70

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว กานดา วรคุณพิเศษ เกิดเมื่อ วันที่ 14 มิถุนายน 2527 ที่จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จ การศึกษาระดับพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้า ศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY