ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

น.ส.รุ่งนภา อุดมลาภ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COUPLE LIFE REVIEW PROGRAM ON BURDEN OF SPOUSE CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA

Miss Rungnapa Udomlap

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Field of Study of Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
โดย	น.ส.รุ่งนภา อุดมลาภ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รุ่งนภา อุดมลาภ : ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. (THE EFFECT OF COUPLE LIFE REVIEW PROGRAM ON BURDEN OF SPOUSE CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส จำนวน 16 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการโดยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลของ Zarit (1980) แปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลงต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2561 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5977178036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: COUPLE LIFE REVIEW / BURDEN / CAREGIVERS / OLDER PERSONS / DEMENTIA / NURSING INTERVENTION

Rungnapa Udomlap : THE EFFECT OF COUPLE LIFE REVIEW PROGRAM ON BURDEN OF SPOUSE CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA. Advisor: Assoc. Prof. Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of couple life review program on burden of spouse caregivers of older persons with dementia. The conceptual framework for the program in this study was based on the couple life review concept of Ingersoll-Dayton et al. (2013) and education in caring for older persons with dementia. The study was conducted in one sample group with a one-group time series design and evaluated a total of six times as follows: one pre-experimental evaluation, four evaluations during the experiment and one post-experimental evaluation with one-week intervals between each evaluation. The participants were 16 older persons with dementia who were selected in line with inclusion criteria. The couple life review program was held 90 minutes once a week for five weeks. The experimental instrument was the couple life review program developed by the researcher based on the couple life review concept of Ingersoll-Dayton et al. (2013) and education in caring for older persons with dementia and was tested for content validity by experts. The data collection instrument was Zarit Burden Interview (ZBI) by Zarit (1980) as it was translated into Thai by Orawan Pankong (2004). The reliability statistic Cronbach's Alpha of the Zarit Burden interview was .90. The data were analyzed by using variance with repeated measures ANOVA and pair-wise comparison.

The research finding is summarized as follows: The burden of spouse caregivers of older persons with dementia following the couple life review program were reduced to lower than before participating in the program with a statistical signigicance at the level of .01. Moreover, the burden of spouse caregivers deceased to the statistical significance level of .01 in the third week onward.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study:	Nursing Science	Student's Signature .....
Academic Year:	2018	Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่า กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใยใส่ใจ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโท แพทย์หญิงพัฒนศรี ศรีสุวรรณ อาจารย์ญาดารัตน์ บาลจ่าย อาจารย์สมทรง จุไรทัศนีย์ นาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล และคุณกัลยพร นันทชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีคุณอรวรรณ แผนคง ผู้แปลแบบประเมินภาระของผู้ดูแลของ Zarit เป็นภาษาไทย ที่กรุณาอนุญาตให้นำแบบประเมินมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงดาวชมพู นาคะวิโร และแพทย์หญิงอรพิชญา ไกรฤทธิ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนแพทย์และพยาบาล ณ คลินิกความจำโรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก "ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต" บัณฑิตวิทยาลัย และ "ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์" คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุทุกคนที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง อีกทั้งให้ความเมตตาและต้อนรับผู้วิจัยในทุกๆครั้งที่ไปเยี่ยมบ้านเปรียบเสมือนลูกหลาน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเสมอมาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณมารดาบิดาและครอบครัว ที่ได้อบรมสั่งสอนเลี้ยงดูผู้วิจัยให้เป็นคนดี เป็นต้นแบบที่ดีให้ผู้วิจัย ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจและเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในทุกวันนี้ ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสุขในการเรียนและได้รับประสบการณ์ที่ดี ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รุ่งนภา อุดมลาภ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 4

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 6

ขอบเขตการวิจัย 7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 9

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 11

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 25

3. ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 31

4. แนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 39

5. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 43

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 46
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 52
8. กรอบแนวคิดการวิจัย 57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 58
รูปแบบการวิจัย 58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 59
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 61
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 68
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง 69
การวิเคราะห์ข้อมูล 75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 91
สรุปผลการวิจัย 95
อภิปรายผลการวิจัย 96
ข้อเสนอแนะ 104
บรรณานุกรม 106
ภาคผนวก 114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 115
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาระของผู้ดูแล จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 117
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 131

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล 166

ประวัติผู้เขียน 180

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การดำเนินโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 47

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ อายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ระดับของภาวะสมองเสื่อม และชนิดของภาวะสมองเสื่อม 78

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อน โรคประจำตัว การได้รับความรู้ในการดูแล สมาชิกในครอบครัว คะแนนภาระของผู้ดูแล และคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น 80

ตารางที่ 4 คะแนนภาระของผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 16 ราย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 85

ตารางที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 87

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) 89

ตารางที่ 7 ปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ได้จากการสังเกตขณะเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ในแต่ละสัปดาห์ 167

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคะแนนภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย Mauchy's Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 175

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 175

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison)ซึ่งทดสอบโดย Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 176

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 สรุปกระบวนการของการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลที่มีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแล 45

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย 57

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 76

ภาพที่ 4 คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 88

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) โดยในปี 2015 พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก 46.8 ล้านคน และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 74.7 ล้านคน ในปี 2030 โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 5-8 คน ใน 100 คน (WHO, 2015) สำหรับประเทศไทยปี 2561 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 8 แสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2561) และคาดการณ์ว่าเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,350,000 คน ในปี 2580 (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2559)

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชานปัญญา (cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม รวมทั้งภาระของครอบครัว (สถาบันประสาทวิทยา , 2557) ทั้งนี้จากแนวโน้มการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในรูปแบบการอยู่ลำพังกับคู่สมรสที่เพิ่มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ทำให้ผู้ที่ต้องเผชิญและรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Seow, Lin and Yap, 2011) ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นภรรยาร้อยละ 51.3 และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักได้รับผลกระทบจากการดูแลและมีความยากลำบากในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน (พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) และจากการศึกษาพบว่าการสูญเสียความทรงจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Kuhn, 1999; Mittelman, Epstein and Pierzchala, 2003) อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล (Savundranayagam, Hummert and Montgomery, 2005) โดยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดภาระของผู้ดูแลถึงร้อยละ 68.02 (Papastavrou et al., 2007) และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเกิดภาระของผู้ดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรส (สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาระ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแล (Zarit, Todd and Zarit, 1986) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น มีทั้งปัจจัยจากการดำเนินของโรค รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาระของผู้ดูแล (สาธิดา แรกคำนวณ และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555; ปิติพร สิริทิพากร และ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; Germain et al., 2009) ทั้งนี้การรับรู้ภาระของผู้ดูแลเกิดจากปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) โดยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดภาระมากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่น (สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544; พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556; Rinaldi et al., 2005) อันส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตคู่ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับชีวิตคู่ของคู่สมรสที่มีสุขภาพแข็งแรง (Wright, 1991)

จากการศึกษาพบว่าการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (communication problem) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อันนำไปสู่การเกิดภาระ (burden) ของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) ซึ่งปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) เมื่อเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (Ingersoll-Dayton et al., 2016) ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 81.6

นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นนั้น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลพยายามขัดขวางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้นแต่ไม่ได้ผล ซึ่งให้ผลในทางตรงกันข้าม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (เตือนใจ

ภักดีพรหม, 2548; ธีรวรรณ คนชม, 2552; Gray and Isaacs, 1979; Reifler and Wu, 1982) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นก็จะเข้ารับการรักษาที่คลินิกความจำ (memory clinic) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทในการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและผู้ดูแลได้ดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายใจที่ดี ส่งผลดีต่อทั้งผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันพยาบาลผู้สูงอายุก็ต้องหาวิธีการในการช่วยให้ผู้ดูแลมีภาระลดลงด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระของผู้ดูแลหลากหลายรูปแบบ โดยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าหลังจากผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกมีภาระลดลงและมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น (อรวรรณ แผนคง, 2547) และพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนการรับรู้ภาระน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ศิริวรรณ คะเนนอก, 2551) แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยเหล่านี้จะมุ่งเน้นเฉพาะผู้ดูแลเท่านั้น

ด้วยเหตุนี้จึงมีการทบทวนการศึกษาต่างๆเกี่ยวกับการสร้างเสริมสัมพันธภาพชีวิตคู่สามีภรรยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่บุคคลผู้ซึ่งมีภาวะสมองเสื่อมหรือผู้ดูแลเท่านั้น จนกระทั่งปัจจุบันได้เริ่มมีการศึกษาแนวทางปฏิบัติในการดูแลทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Moon and Adams, 2013) ด้วยแนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review) ซึ่งเป็นการทบทวนประสบการณ์เรื่องราวความทรงจำในชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สะท้อนถึงแนวคิด ความรู้สึก และมุมมองของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างความสุข และความพึงพอใจในชีวิต (Haight and Burnside, 1993; Haight et al., 2003) เป็นการบำบัดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวม ส่งผลในเชิงบวกทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว และผู้ดูแล (Abrahamsen et al., 2017) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Subramaniam, Woods and Whitaker, 2014) โดยแนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้สำหรับการทบทวนชีวิตคู่ (Couple life review) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Ingersoll-Dayton et al., 2016)

การทบทวนชีวิตคู่ (Couple life review) เป็นการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ตั้งแต่แรกพบจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้มีปฏิสัมพันธ์ในการพูดคุยสื่อสารและระลึกถึงเรื่องราวความ

ทรงจำที่มีร่วมกัน อันเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เพื่อแสดงถึงความทรงจำที่ดีระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับครอบครัว (Haight et al., 2003; Ingersoll-Dayton et al., 2013; Scherrer, Ingersoll-Dayton and Spencer, 2014; Ingersoll-Dayton et al., 2016) จากการศึกษาผลของการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่าภาระของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Haight et al., 2003) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพของสัมพันธภาพที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการทบทวนชีวิต (Subramaniam et al., 2014)

ด้วยเหตุนี้จึงมีการนำแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุ มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทั้งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสควบคู่กันไป ซึ่งในประเทศไทยยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาในประเด็นนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา โดยการนำแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลมาจัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นการดูแลทั้งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่สามารถลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (communication problem) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อันนำไปสู่การเกิดภาระ (burden) ของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) ซึ่งปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) เมื่อเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (Ingersoll-Dayton et al., 2016) อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล (Campbell et al., 2008)

Ingersoll-Dayton et al. (2013) จึงได้ศึกษาการทบทวนชีวิตคู่ (Couple Life review) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้การทบทวนชีวิต (Life review) เช่นเดียวกับ Haight et al. (2003) ที่ได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่พร้อมกัน Ingersoll-Dayton et al. (2013) จึงใช้การทบทวนชีวิตเช่นเดียวกับ Haight et al. (2003) แต่แตกต่างกันที่รูปแบบการสัมภาษณ์ ซึ่งจะใช้การสัมภาษณ์แบบพร้อมกัน โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้ทบทวนหรือพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันไปพร้อมกัน ด้วยการแบ่งช่วงเวลาในการทบทวนชีวิตคู่เป็น 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงชีวิตตอนต้น ช่วงชีวิตตอนกลาง และช่วงชีวิตปัจจุบัน แล้วนำเรื่องราวเหล่านั้นพร้อมทั้งของที่ระลึก เช่น รูปภาพ ข้าวของเครื่องใช้ หนังสือเอกสารที่แสดงถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น มารวบรวมจัดทำเป็นหนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book) โดยจะทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ติดต่อกัน การทบทวนชีวิตคู่นี้จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างการพูดคุยสื่อสารและค้นหาของที่ระลึกสำหรับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน ซึ่งเป็นการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกัน

และกัน เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Ingersoll-Dayton et al., 2013; Scherrer et al., 2014; Ingersoll-Dayton et al., 2016) จากการศึกษาพบว่าผลของการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ทำให้ภาระของผู้ดูแลลดลง (Haight et al., 2003) และมีคุณภาพของสัมพันธภาพที่เพิ่มขึ้น (Subramaniam et al., 2014)

แนวคิดในการทบทวนชีวิตคู่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ประกอบด้วยหลักสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา เป็นการทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับการพบกันและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรก เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา

2. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น เป็นการทบทวนเรื่องราวความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ชีวิตลูกในวัยเด็ก บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่ เพื่อส่งเสริมให้คู่สามีภรรยาระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำอันดีในช่วงแรกของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน

3. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการทบทวนเรื่องราวความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลางร่วมกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมและการพักผ่อนที่ทำร่วมกัน เพื่อเป็นการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลางและแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน

4. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการทบทวนเรื่องราวความทรงจำที่สำคัญที่สุดในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประสบการณ์ที่ได้รับในชีวิตวัยเกษียณ มุมมองที่มีร่วมกันในอนาคต และสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา เพื่อส่งเสริมให้คู่สามีภรรยาเกิดมุมมองในอนาคตร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกันต่อไป

5. การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต ที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ต่อไปในการบันทึกความทรงจำ และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา

จากแนวคิดและข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริการคลินิกความจำ โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 16 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาระ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแล ซึ่งสามารถวัดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ด้วยแบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) ของ Zarit (Zarit, Reever and Bach-Peterson, 1980) แปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547)

ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส หมายถึง สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วย โดยไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหน้าที่ และแรงจูงใจที่ให้การดูแลมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลใช้ในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการทบทวน

ชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้อย่างชัดเจน โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลการจัดกิจกรรมก่อนระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที โดยการทบทวนชีวิตคู่ 60 นาที และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 30 นาที ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่ กิจกรรมการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา การทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา และเพื่อให้คู่สามีภรรยาได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

2. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น (สัปดาห์ที่ 2) ได้แก่ กิจกรรมการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำในช่วงแรกของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นการใช้ชีวิตคู่ และเพื่อให้คู่สามีภรรยาได้รับความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละระยะ

3. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง (สัปดาห์ที่ 3) ได้แก่ กิจกรรมการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับเกมบริหารสมอง เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน และเพื่อให้คู่สามีภรรยาได้เรียนรู้กิจกรรมที่ช่วยบริหารสมองซึ่งสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำร่วมกัน

4. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน (สัปดาห์ที่ 4) ได้แก่ กิจกรรมการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป และเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง

5. การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต (สัปดาห์ที่ 5) ได้แก่ กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา และเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ การสนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจกันซึ่งกันและกัน นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
2. นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส และเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนางานผู้สูงอายุในบริบทอื่นต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัย นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
    - 1.1 อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม
    - 1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
    - 1.3 อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
    - 1.4 แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อม
    - 1.5 การพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
    - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
    - 2.2 ประเภทของผู้ดูแล
    - 2.3 ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
    - 2.4 การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
    - 2.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นคู่สมรส
    - 2.6 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
    - 3.1 ความหมายของภาระของผู้ดูแล
    - 3.2 ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระดับ
    - 3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
    - 3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล
    - 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแล
4. แนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
5. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
6. โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

World Health Organization (2017) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ ความทรงจำ การรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคล การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ การใช้ภาษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่จะไม่ส่งผลต่อความรู้สึกตัว นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม อีกทั้งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ

American Psychiatric Association (1995) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติในด้านความคิด สติปัญญา และความจำ ทั้งความจำระยะสั้น และความจำระยะยาว ส่งผลต่อความผิดปกติในความสามารถตัดสินใจ ความคิดเชิงนามธรรม มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เกิดความไม่เข้าใจภาษาพูด มีพฤติกรรมพูดซ้ำๆ สับสนในเรื่องของวันเวลาสถานที่และบุคคล รวมทั้งความผิดปกติของอาการทางจิตและแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม อันส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม

สถาบันประสาทวิทยา (2557) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชานปัญญา (cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม รวมทั้งภาระในการดูแลของครอบครัว

สิรินธร ฉันทศิริกาญจน (2551) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมในความสามารถของสมองไปเรื่อยๆ ทำให้มีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะเริ่มลืมสิ่งเก่าๆที่เคยเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ร่วมกับมีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป

กล่าวโดยสรุป ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยในความสามารถของสมอง เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ ความจำ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อการเข้าสังคม รวมทั้งภาระในการดูแลของครอบครัว

1.1 อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) โดยประมาณการในปี 2015 พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก 46.8 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 74.7 ล้านคน ในปี 2030 และจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 3 เท่า เป็น 131.5 ล้านคนทั่วโลกในปี 2050 โดยพบผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม 5-8 คน ใน 100 คน (WHO, 2015) และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-75 ปี พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 2-3 และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป พบเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 20-25 (Rizzi, Rosset and Roriz, 2014) โดยภาวะสมองเสื่อมนี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม (WHO, 2015)

จากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุ 71 ปี มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 13.9 และมีผู้ดูแลโดยประมาณ 15 ล้านคนทั่วประเทศ (Alzheimer's Association, 2012) สำหรับประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีอายุขัยเฉลี่ยมากที่สุดในโลก ก็พบอุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประมาณ 2.8 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 9.5 และคาดการณ์ว่าในปี 2025 จะพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นถึง 4.7 ล้านคน (International Longevity Center-Japan, 2013) โดยรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่นพบว่าร้อยละ 37.2 อาศัยอยู่กับคู่สมรส (International Longevity Center-Japan, 2012) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยคู่สมรสนั้น ได้เพิ่มความกังวลให้กับภาครัฐในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งเป็นวัยสูงอายุด้วยเช่นกัน (Ingersoll-Dayton et al., 2016) และจากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในสามประเทศ ได้แก่ จีน ฮ่องกง และไต้หวัน พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมทั้งสิ้น 8.4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่าในทุกๆ 20 ปี (Wu et al., 2013)

จากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยปี 2561 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะสมองเสื่อมมากถึง 8 แสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2561) พบได้ทุกๆ 8 คน ในสูงอายุ 100 คน (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) และจะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (กรมอนามัย, 2557) โดยพบความชุกในหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 9.2 และ 6.8 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง สูงกว่าผู้สูงอายุชายในกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.5 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) โดยคาดการณ์ว่าจะพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นเป็น

1,350,000 คน ในปี 2580 (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2559)

1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมพบว่า สาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัด สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) จึงได้จำแนกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมตามที่มาของสาเหตุ ไว้ดังนี้

1.2.1 สาเหตุปฐมภูมิ เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทสมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด ดังนั้นจึงยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือป้องกันการเกิดได้ กลุ่มที่พบนี้มีประมาณร้อยละ 60-70 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด ที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคอื่นๆ เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันทิงตัน (Huntington's disease) โรคพิค (Pick's disease) เป็นต้น

1.2.2 สาเหตุทุติยภูมิ เป็นภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากความบกพร่องในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานในเซลล์ประสาท ก่อให้เกิดอาการทางสมอง ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาให้หายได้ที่พบบ่อย คือ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดเลือด (Vascular Dementia) เช่น เส้นเลือดตีบ หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจากเนื้อสมอง หรือจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ และกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบี 12 ติดเชื้อในสมอง เกิดจากสารพิษและยา เช่น สุรา ยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความเชื่อมโยงกับอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสและความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมก็พบมากขึ้นด้วยเช่นกัน (ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558) เนื่องจากสมองมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นน้ำหนักสมองจะลดลงจากการสูญเสียเซลล์สมอง โดยเซลล์ที่เปลือกสมองใหญ่จะสูญเสียเร็วกว่าที่ก้านสมอง นั่นหมายถึงการติดต่อของใยประสาทรับความรู้สึก (dendrite) ลดลง มี senile plaque และ neurofibric plaque และมี lipofuscin สะสมอย่างช้าๆ ในเซลล์กล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและเซลล์อื่นๆด้วย อีกทั้งอัตราการไหลเวียนของเลือดในสมองก็ลดลงด้วยเช่นกัน เนื่องจากหลอดเลือดตีบแคบลง สรีระการนอนหลับก็เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจาก hypothalamus ทำงานลดลง การนำเข้าสัญญาณประสาทและคำสั่งจากก้านสมองก็ช้าลงเช่นกัน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Price and Wilson, 2003)

ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้พบว่าความเสื่อมสภาพของเซลล์สมองในผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนั้นโน้มนำให้อวัยวะหลายส่วนภายในสมองเริ่มเสื่อมสภาพ พร้อมกับมีโรคหลายชนิดเข้ามาเป็น

สาเหตุร่วม เช่น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรือแตกจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน มีเนื้องอกในสมอง การขาดสารอาหารบำรุงสมองจำพวกวิตามินบี 1 และบี 12 เหล่านี้ล้วนแต่ลดทอนประสิทธิภาพการทำงานของสมองลงเรื่อยๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 11.4 ในขณะที่โอกาสและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 4 เท่า เมื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้เป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ที่พบในผู้สูงอายุได้มากถึงร้อยละ 60-80 (ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558)

1.3 อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะค่อยๆเพิ่มระดับความรุนแรง ตามการเปลี่ยนแปลงของสมองที่เสื่อมลง ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558; American Psychiatric Association, 1995; WHO, 2017) ดังนี้

1.3.1 ระยะที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive impairment: MCI) เป็นระยะก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านความจำร่วมกับความสามารถของสมองส่วนอื่นๆ อาการเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุด คือ การสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ๆ เช่น ลืมสิ่งของบ่อยๆ ลืมวันนัด ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน เก็บของผิดที่แบบคาดไม่ถึง เล่าเรื่องเดิมซ้ำๆ พูดจาซ้ำๆ ถามซ้ำๆ กับคู่สนทนาคนเดิม ขาดไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ไม่ซับซ้อนหรือใช้วิธีการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.3.2 สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild dementia) เป็นระยะที่สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย โดยผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เหลือเพียงความจำส่วนที่เกี่ยวข้องกับอดีตที่ยังดีอยู่ เริ่มมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆและการใช้ชีวิตในสังคม แต่ยังสามารถอยู่คนเดียวได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และยังมีการตัดสินใจค่อนข้างดี อาการแสดงที่พบ ได้แก่ 1) จำไม่ได้ว่าวางของใช้ไว้ที่ใด 2) ไม่สามารถจำชื่อสถานที่ที่คุ้นเคยได้ 3) ลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นอย่างดี จำชื่อคนที่ถูกแนะนำใหม่ไม่ค่อยได้ 4) ไม่ค่อยมีสมาธิ 5) หลงทางเมื่อเข้าไปในที่ที่ไม่คุ้นเคย 6) เริ่มนึกคำพูดไม่ออก 7) อ่านหนังสือหรือบทความแล้วจับใจความได้เพียงเล็กน้อย 8) ความสามารถในการจัดการด้านการงานและด้านสังคมลดลง 9) บางรายมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีท่าทางเฉยเมย ไม่สนใจกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เคยชอบทำ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล

1.3.3 สมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) เป็นระยะที่สมองเสื่อมระดับปานกลาง โดยในระยะนี้ความจำเสื่อมลงมากขึ้น มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น ความสามารถในการคำนวณ การกะระยะทาง ไม่สามารถใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าบางชนิดได้ทั้งที่เคยทำได้มาก่อน ทำอาหารที่เคยทำไม่ได้ ลืมชื่อสมาชิกในครอบครัว ช่วงท้ายระยะนี้อาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน ดังนั้นการปล่อยให้ผู้มีอาการเหล่านี้อยู่ตามลำพังอาจเป็นอันตราย จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องมีผู้ดูแลในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ อาการแสดงที่พบ ได้แก่ 1) สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ 2) ความรู้เรื่องเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง 3) อาจจะจำทางกลับบ้านไม่ได้ 4) ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เป็นความต่อเนื่องกัน 5) ลืมสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน 6) ไม่สามารถนับเลข บวกเลข ลบได้ 7) มีความยากลำบากในการพูดคุยสื่อสารมากขึ้น 8) จำเป็นต้องมีคนช่วยทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น 9) มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การถามคำถามซ้ำๆ ตะโกนเสียงดัง มีพฤติกรรมรบกวน ในช่วงท้ายของระยะนี้อาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งในบ้านและนอกบ้าน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว

1.3.4 สมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) เป็นระยะที่สมองเสื่อมขั้นรุนแรง โดยในระยะนี้จะจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย สูญเสียความจำอย่างรุนแรง จำญาติพี่น้องไม่ได้ หรือแม้แต่ตนเองก็อาจจำไม่ได้ด้วย มักเดินหลงทางในบ้านตนเอง มีความผิดปกติต่างๆ เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า เดินช้า หรืออาจจะเคลื่อนไหวไม่ได้กลายเป็นอัมพาต และอาจเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหารและเสมหะ ติดเชื้อจากแผลกดทับ ที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ อาการแสดงที่พบ ได้แก่ 1) มีความคิดหลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ 2) มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ก้าวร้าวต่อผู้ดูแล แสดงออกด้วยพฤติกรรมทางกาย เช่น เตะ ตี กรีดร้อง ส่งเสียงครวญคราง เป็นต้น มีความวิตกกังวล ร้อนใจ กังวลต่อเหตุร้ายแรงที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง 3) ขาดความสามารถในการตัดสินใจ 4) สูญเสียความสามารถในการใช้ถ้อยคำ 5) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 6) ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือเลือกอาหารรับประทานเองไม่ได้ กลืนลำบาก 7) สมองไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายกระทำตามสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การเดิน การยืน การก้าวเท้า หรือการพูด เป็นต้น จำเป็นต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.4 แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อม

1.4.1 แนวทางการวินิจฉัย ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทางระบบประสาท การตรวจ Cognitive screening และ/หรือ specific cognitive domain และการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice

Guidelines: Dementia) โดยสถาบันประสาท (2557) มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ประเมินความรุนแรง ติดตามโรคหรือผลการรักษา และหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีแนวทางการวินิจฉัย ดังนี้

1) การซักประวัติ เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด และถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเทียบเท่ากับการตรวจร่างกาย บางครั้งการพูดคุยกับผู้ป่วย ซักถามเพียง 4-5 คำถาม ก็สามารถทราบได้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และอยู่ในระยะใด

การพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิด มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการเก็บรวบรวมข้อมูล ความผิดปกติ เกี่ยวกับความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์ รวมทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

หัวข้อประวัติที่ควรซักถามเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค ได้แก่ การรับรู้ว่ามีความจำหรือปริชานปัญญาผิดปกติ (memory and/or cognitive impairment) อาการวุ่นวายสับสน (mental confusion) ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (onset) ลักษณะการดำเนินของโรค (course) ระยะเวลาที่ผิดปกติ (duration) ความผิดปกติของ ADL ได้แก่ หน้าที่และงานประจำ (instrument) และกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic) ประวัติการใช้ยา (drugs) และสาร (substances) อื่นๆ และประวัติในครอบครัว

2) การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจร่างกายทางระบบประสาท และการตรวจ Cognitive screening และ/หรือ Specific cognitive domain และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยการวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้

2.1) ประวัติและอาการทางกาย (History/Physical signs) ซึ่งจะต้องมีการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ การเดินของผู้ป่วยผิดปกติโดยเดินลักษณะไม่มั่นคงและหกล้มง่าย (gait apraxia) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) ชัก (seizure) การกระตุกของกล้ามเนื้อ (myoclonus) การกลืนลำบาก (sucking) การปวดศีรษะมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive headache) อาการแสดงถึงตำแหน่งโรค (localizing symptom) คอแข็ง (neck stiffness) และ ขั้วประสาทตาบวม (papilledema)

2.2) การตรวจ Cognitive screening test เพื่อช่วยในการวินิจฉัยบ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม บอกอัตราการเสื่อมถอยของโรค และติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม ด้วยการใช้ TMSE หรือ MMSE-Thai 2002 อย่างใดอย่างหนึ่งในการตรวจ

2.3) การตรวจทางจิตวิทยาเฉพาะด้าน (specific cognitive domain) เพื่อช่วยในการวินิจฉัย และติดตามความผิดปกติของปริชานปัญญาเฉพาะด้าน ด้วยการใช้ Verbal fluency (letters/categories) และ clock drawing test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrumental activities of daily livings) เพื่อช่วยในการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและบอกอัตราการเสื่อมถอยของโรค และติดตามผลการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาการเหล่านี้จะเสียไปในระยะแรกของโรค ร่วมกับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activities of daily livings) เพื่อประเมินอาการที่จะเสียไปในระยะสุดท้ายของโรค ถ้าเสียไปแสดงว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมมาก

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้และวางแผนการรักษา ได้แก่ การตรวจ CBC พร้อมดู peripheral blood smear, Fasting plasma glucose, Electrolyte, BUN/Creatinine, Liver function test, free T4/TSH, Serum VDRL หรือ RPR และ CT scan หรือ MRI brain

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จะไม่สามารถกระทำได้หากผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในภาวะ delirium หรือมีอาการทางจิตบางชนิด เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลรุนแรง ซึ่งควรนำส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประเมินก่อนให้การวินิจฉัยทุกครั้ง แต่หลังจากการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวแล้วไม่พบสาเหตุใดที่อธิบายความถดถอยของสมองได้ให้นึกถึงภาวะ Neurodegenerative disease โดยจะถือว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมก็ต่อเมื่อ ความผิดปกตินั้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ การประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือมีปัญหาในการเข้าสังคม

1.4.2 แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาด แต่สามารถจำแนกการรักษาได้เป็น 2 ประเภท (Alzheimer's Association, 2014) ได้แก่

1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม ก่อนที่จะทำการรักษาโดยไม่ใช้ยาควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ประเมินและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับประสาท การรับรู้ (เช่น ตอกระจก การได้ยิน) บำบัดโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ตลอดจนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และควรมีการสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่องขีดจำกัด ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การฝึกสอนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้ต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทน และความพยายามมากเป็นพิเศษ โดยมีรูปแบบต่างๆ ตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guidelines: Dementia) โดยสถาบันประสาท กรมการแพทย์ (2557) ดังนี้

1.1) การรักษาที่เน้น cognition (cognition-oriented) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำ

ดีขึ้น ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ Cognitive training: reality orientation, Memory training และ Skill training

1.2) การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) เพื่อนำไปสู่การฟื้นความจำ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมอารมณ์และความจำให้ดีขึ้น ได้แก่ Reminiscence therapy และวิธีการอื่นๆ เช่น การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การใช้เทคนิคหลายๆอย่างเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น

1.3) การรักษาที่เน้นการกระตุน (stimulation-oriented) โดยใช้กิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การทำงานฝีมือ การเล่นเกม การเขียนบันทึกประจำวัน เป็นต้น

1.4) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) เป็นการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือตัวกระตุ้น เพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และผลกระทบอีกทั้งเพื่อทำให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน ปัสสาวะราด เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ชื่นชมผู้ป่วยและให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้เอง และการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.5) การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดีทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีได้เช่นเดียวกัน วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การทำกลุ่มศึกษา (group psychoeducation) การให้กำลังใจ (emotional support) การให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว โดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาลระยะสั้น (respite care) เป็นต้น

2) การรักษาโดยการใช้ยา พบว่ามียามียาที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้อาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ดีขึ้น เช่น Denepezil, Rivastigmine หรือ Galantamine ซึ่งล้วนแต่เป็นยาที่ออกฤทธิ์บรรเทาอาการทางสมอง เพื่อให้ผู้มีอาการสามารถหวนกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุด แต่ต้องใช้ยาเหล่านี้ตามแพทย์สั่งเท่านั้น เนื่องจากอาจมีผลข้างเคียงตามมาหลังการใช้ได้ และอาจมีการให้ยาในกลุ่ม Antipsychotics agent เช่น Clozapine, Risperidone และ Olanzapine เพื่อระงับอาการที่แสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องอยู่ในการควบคุมดูแลโดยแพทย์ที่จะให้ยาโดยพิจารณาจากลักษณะและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น (ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558)

1.5 การพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

1.5.1 การพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งในยามเจ็บป่วยและภาวะปกติ ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุพยาบาลต้องเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในเวลานั้นด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีสุขภาพดี แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวหรือความพิการ ทั้งนี้เพราะการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุมิได้หมายถึงการปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย แต่หมายถึงความมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามสภาวะ โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับสูงสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยพยาบาลต้องยึดหลักสำคัญในการพยาบาล 2 ประการ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) คือ

1) การชะลอความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ให้เสื่อมสภาพเร็วเกินไป ส่งเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งในบ้านและในสังคม โดยการให้คำแนะนำรวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมต่างๆให้แก่ผู้สูงอายุ

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในกรณีที่ร่างกายเกิดความพิการ พยาบาลต้องช่วยดูแลจัดหาอุปกรณ์และเครื่องช่วยต่างๆให้กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้ให้แก่ผู้สูงอายุและญาติจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ ต้องเน้นส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้ความเคารพยกย่องยอมรับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเตรียมจิตใจผู้สูงอายุให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้การชะลอความเสื่อมและฟื้นฟูสมรรถภาพที่เสื่อมลงของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งแหล่งบริการต่างๆในชุมชน พยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นจุดศูนย์รวม คอยติดต่อประสานงานกับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตลอดเวลา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ยึดหลักสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ สำหรับให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ 2 ประการ ทั้งในด้านการชะลอความเสื่อมและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เสื่อมลง ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเพื่อให้เกิดความสุขในการอยู่ร่วมกันมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยความเคารพยกย่องยอมรับผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตคู่ดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา โดยใช้หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1.5.2 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความซับซ้อนซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินของโรคที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเรื่อยๆ จึงต้องอาศัยการผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ในการให้การพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่างของระยะอาการและอาการแสดง ประสบการณ์และภูมิหลังของครอบครัว บางครั้งอาการและอาการแสดงอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความรำคาญหรือหงุดหงิดได้ง่าย เช่น การถามซ้ำ การหลงทาง การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดังนี้ (ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) ดังนี้

1) การมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การตระหนักรู้และยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จะช่วยให้พยาบาลมีความอดทนและมีความคิดสร้างสรรค์ในการหาวิธีการจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมเฉพาะกรณีได้

2) การมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับระยะหรืออาการที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเฉพาะกรณีและให้คำแนะนำเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาระของผู้ดูแล โดยมีหลักการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ปิติพร สิริทิพากร, 2558; ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) ดังนี้

2.1) ควรมีรูปแบบในการดูแลที่สม่ำเสมอไม่เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา

2.2) ผู้ดูแลควรทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยด้วยอารมณ์ร่วมที่สนุกสนาน ไม่ตึงเครียด ไม่ใช้อารมณ์

2.3) ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความช่างสังเกตว่าสิ่งใดที่ผู้ป่วยชอบและไม่ชอบ อะไรที่จะเป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรง

2.4) การสื่อสาร พูดช้า ชัด อธิบายสั้นๆ ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล แสดงถึงความเคารพ ไม่ควรใช้ประโยคคำสั่ง แต่ให้ใช้ประโยคเชิญชวนแทน

2.5) ระวังการแสดงออกทางสีหน้าของผู้ดูแลเมื่อมีอารมณ์โกรธ เพราะจะเกิดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงหรือก้าวร้าวขึ้นได้

ทั้งนี้มีหลักการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เหมาะสมกับระยะของโรค ดังนี้

1) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเด่น คือ ความจำบกพร่อง ลืมเหตุการณ์หรือบทสนทนาที่เพิ่งเคยเกิดขึ้นหรือเพิ่งพูดไป แต่เหตุการณ์ในอดีตยังจำได้ดี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ แต่ผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงความยากลำบากในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองที่มีมากขึ้น จึงอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ สร้างความรำคาญให้กับผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่เข้าใจ เครียดและวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย

และรับรู้ถึงภาระที่เพิ่มขึ้น จึงพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกความจำของโรงพยาบาลจึงควรมีส่วนช่วยให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจกับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การดูแลผู้ป่วย ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเพื่อคงความจำไว้ได้นานที่สุด โดยมีแนวทางให้การพยาบาล ดังนี้

1.1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค อาการ อาการแสดง และการให้การดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2) ให้คำแนะนำกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของสมอง เป็นการกระตุ้นสมอง เพื่อให้คงความจำไว้ได้นานที่สุด โดยพยาบาลจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้คำแนะนำในกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การระลึกความหลัง การเล่นเกมที่ไม่เครียดเกินไป การฝึก Neurobic exercise การฝึก Brain gym เป็นต้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีเซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ ฝึกให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับกิจกรรมและตารางเวลากิจกรรม เพื่อสะดวกในการจัดการเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง หากมีการถามซ้ำๆ ควรใช้รูปภาพอธิบายเพื่อเป็นสื่อให้ผู้สูงอายุได้อ่านและทบทวนความจำบ่อยๆ เป็นต้น

1.3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลในระยะยาว และมักมีปัญหาการดูแลในแต่ละระยะของโรค จึงควรแนะนำให้ผู้ดูแลสอบถามได้ทุกเมื่อเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาที่ไม่สามารถจัดการดูแลได้

1.4) ให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือ และวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาวถึงการเตรียมสถานที่ การเตรียมตัวของผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง โดยเน้นให้มีผู้ช่วยมาผลัดเปลี่ยนในการดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลระยะยาว และมีความยากลำบาก ผู้ดูแลหลักจะไม่มีเวลาส่วนตัวในการพักผ่อน ผ่อนคลายความเครียดได้

1.5) ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลถึงองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ซึ่งจะมีการเปิดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมทั้งการทำกลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้ เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ

2) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ในระยะนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง สูญเสียความจำมากขึ้น โดยเฉพาะความจำปัจจุบันจะแย่ลงอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับวันเวลาสถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆด้วยตนเอง อาจจะเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็น

จะต้องมีผู้คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด ซึ่งในระยะนี้ควรคงความสามารถในการดูแลตนไว้ให้นานที่สุด โดยมีแนวทางให้การพยาบาลดังนี้

2.1) ในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยจะลืมขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันหลายอย่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ดังนั้นควรบอกขั้นตอนปฏิบัติเป็นลำดับขั้นง่ายๆ สั้นๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือทำให้ดูเป็นตัวอย่าง ในระยะนี้ควรคงความสามารถในการดูแลตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ให้นานที่สุด

2.2) หากผู้ป่วยมีอาการลืมมากขึ้นหรือหลงผิด ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการเปลี่ยนเรื่องคุยจากสิ่งที่ผู้ป่วยหมกมุ่นไปทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จะทำให้อารมณ์ดีขึ้น และลืมสิ่งที่ตนเองหมกมุ่นไป เช่น การเรียกร้องให้ไปหาพ่อแม่ที่เสียชีวิตไปแล้ว การขอกลับไปบ้านเดิมที่เคยอยู่สมัยเด็ก ควรพาออกไปนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรมอื่นที่ผู้ป่วยชอบหรือให้รับประทานอาหารหรือขนมที่ผู้ป่วยชอบ หากไม่มีข้อจำกัดเรื่องโรคเบาหวาน พยายามหลีกเลี่ยงการถกเถียงแม้จะเป็นการนำเสนอความจริงก็ตาม เพราะอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

2.3) ในระยะนี้อาจพบปัญหาจิตใจและพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การตามติดเป็นเงา (shadowing) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเกิดความรำคาญอย่างมาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและกลัวการถูกทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เนื่องจากรับรู้ว่าความสามารถตนเองลดลง ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในเรื่องการได้รับการดูแลและไม่ถูกทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เป็นต้น

2.4) ควรมีการป้องกันการพลัดหลงของผู้สูงอายุ เช่น การทำป้ายชื่อและที่อยู่ติดตัวผู้สูงอายุไว้ กรณีที่เดินออกจากบ้านแล้วหาทางกลับบ้านไม่ได้ และควรถ่ายรูปไว้เป็นปัจจุบัน เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานตามหาผู้สูงอายุกรณีพลัดหลง

2.5) พยาบาลผู้สูงอายุจะต้องให้คำแนะนำกับผู้ดูแลถึงลักษณะอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในระยะนี้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความเครียด ลดความกังวล และลดภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

3) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ รวมถึงความสามารถในการดูแลสุขอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำมาก สับสน ไม่รู้วันเวลาสถานที่ หรือเรื่องราวต่างๆ บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด บางรายอาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจาก

ความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา โดยมีแนวทางให้การพยาบาล ดังนี้

3.1) ประเมินความรู้ความเข้าใจ และความสามารถของผู้ดูแล

3.2) แนะนำการดูแลผู้ป่วยหนักเรื้อรัง เช่น การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น และระมัดระวังเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร เป็นต้น

3.3) แนะนำให้ผู้ดูแลพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยเสมอ ถึงแม้ผู้ป่วยจะสับสนไม่โต้ตอบในการสนทนา แต่ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกรับรู้ถึงความห่วงใยความใส่ใจของผู้ดูแล

3.4) เสริมสร้างกำลังใจและให้ความมั่นใจกับผู้ดูแล เนื่องจากบางรายอาจไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย

3.5) ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยกับญาติ เพื่อให้ญาติได้วางแผนตัดสินใจเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง

ดังจะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลให้การทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงจนรุนแรงถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวและยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ ดังนี้

1.5.3 บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่ต้องประสบกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ขาดประสบการณ์ ขาดการเข้าใจและการยอมรับ และไม่สามารถจัดการหรือให้การดูแลที่เหมาะสมได้ ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และลดภาระของผู้ดูแล โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีหลักความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เป็นผู้ประสานงาน และสนับสนุนให้กำลังผู้ดูแลให้สามารถเผชิญและคิดแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; ธีรวรรณ คนชม, 2552) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1) บทบาทของผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการดูแลของแต่ละบุคคล รวมทั้งการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และการดำเนินของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล การยอมรับกับพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย การยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง นำไปสู่การเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2)บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ในที่นี้หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแล หรือจากอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยที่บางครั้งผู้ดูแลอาจไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง การขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแล และเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยในการชี้แนะ หรือกระตุ้นให้มองหาทางเลือก ให้ข้อมูลตามความจริงในแนวทางที่จะใช้เพื่อแก้ไขปัญหาโดยให้เห็นข้อดีข้อเสียในแต่ละวิธีการ เพื่อให้ผู้ดูแลพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และคำนึงถึงความสามารถของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

3) บทบาทของผู้ประสานงาน ในที่นี้หมายถึง การทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ด้วยการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4) บทบาทผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เนื่องจากพยาบาลถือได้ว่าเป็นบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกสาขาวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่สามารถประเมินสภาพจิตใจและสภาวะอารมณ์ รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวในอันดับแรกๆ ด้วยการให้การช่วยเหลือโดยการพูดคุย การแสดงความเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การให้กำลังใจในยามท้อแท้หมดหวัง เหล่านี้ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจการดูแลผู้สูงอายุต่อไป อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และหาวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ดังจะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลให้การทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง จนรุนแรงถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ

จากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลนั้นมีความความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทราบว่าใครคือผู้ดูแลที่แท้จริง เพื่อที่จะสามารถระบุผู้ที่กำลังประสบปัญหาในการดูแลและสามารถให้การช่วยเหลือได้ถูกคน ซึ่งคำว่าผู้ดูแลผู้ป่วย หรือเรียกสั้นๆว่า ผู้ดูแล มาจากคำภาษาอังกฤษที่พบบ่อยเช่น Carer นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ หรือ Caregiver นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา โดยศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2554) ได้ทำการศึกษาความหมายและคำจำกัดความจากผู้เชี่ยวชาญหลายคนไว้ดังนี้

Ross and Mackenzie (1996) กล่าวว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันกันทางเครือญาติ

Carers UK (2005) กล่าวว่า ผู้ดูแลคือใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

นอกจากนี้ ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือเพื่อน เป็นต้น

2) ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์ และสติปัญญา การคิดและตัดสินใจต่างๆที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

จากคำนิยามเหล่านี้ อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อน ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจจะเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; Bell and Gibbons, 1989; Parker, 1992; Alzheimer Research Center, 2003) ได้แก่

2.2.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กร ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant)

2.2.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน และที่สำคัญคือไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มีจากความรักความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุหลายคน Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

1) แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (family carers/caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบบ่อยมากที่สุดในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่างๆในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง เป็นต้น

1.2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (informal helper) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การ

ช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2) แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

2.1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver หรือ main carers/caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2.2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม การช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า เป็นต้น

2.3 ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (spouse caregiver) จัดอยู่ในประเภทของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล โดยเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วย โดยไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหน้าที่ และแรงจูงใจที่ให้การดูแลมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; Bell and Gibbons, 1989; Parker, 1992; Alzheimer Research Center, 2003)

2.4 การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะการดูแลในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลงจนรุนแรงถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ด้วยเหตุนี้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้านจึงต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน พลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลขึ้นได้จนเกิด

เป็นความเครียดที่ต้องแบกรับภาระที่หลายคนคาดไม่ถึง เพราะผู้ดูแลได้รับผลกระทบเป็นคนแรกและมากที่สุด ฉะนั้นการเป็นผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจถึงอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากพอเพื่อเตรียมสภาพจิตใจตนเองให้พร้อม ทั้งนี้รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายอาจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาวะความเป็นอยู่ อาการและความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยหลักสำคัญในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ, 2558) มีดังนี้

2.4.1 ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจกับภาวะสมองเสื่อม โดยการอ่านหนังสือ บทความ ฟังข้อมูลทางวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ต หรืออาจปรึกษาแพทย์พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย หรือใช้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยและสามารถหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2.4.2 พร้อมให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยความรัก ความเข้าใจ ใส่ใจ เห็นอกเห็นใจ และอดทน โดยมีความยืดหยุ่น ใช้ความรู้สึก สัญชาตญาณ และจินตนาการในการดูแล ทำสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวให้ง่าย สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว อย่ายึดติดกับความถูกต้องทั้งหมด เช่น ถ้าผู้ป่วยยืนยันความต้องการถอดเสื้อเวลานอน ซึ่งไม่ได้เป็นสิ่งที่มีอันตรายก็ไม่ควรห้าม เป็นต้น

2.4.3 พยายามทำจิตใจให้สดชื่น ไม่เป็นคนใจร้อนหรือหงุดหงิดง่าย มีอารมณ์สดชื่น สนุกสนาน มองโลกในแง่ดี ใจเย็น เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมยังต้องการความสนุกสนานอยู่ ถ้าผู้ดูแลอารมณ์ดี ก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย

2.4.4 สามารถดูแลและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เนื่องจากการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลงจนรุนแรงถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำมาซึ่งภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

2.4.5 การดูแลสุขภาพกายและใจตัวผู้ดูแลเอง ด้วยการพักผ่อนให้เพียงพอ เนื่องจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมติดต่อกันตลอด ทำให้เกิดความอ่อนล้า เครียด ความอดทนลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดูแลในระยะยาว ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีผู้ดูแลสำหรับทดแทนในยามสลับกันพักผ่อนเพื่อไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป หรือการออกไปพบปะสังสรรค์ในสังคม หรือเปลี่ยนบรรยากาศไปนอกบ้าน เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หรือโดดเดี่ยว ไม่เช่นนั้นผู้ดูแลเองอาจจะกลายเป็นผู้ป่วยไปอีกคนหนึ่ง

2.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นคู่สมรส

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นคู่สมรส คือ สามีหรือภรรยาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยและเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน (Etters, Goodall and Harrison, 2008)

ผู้ดูแลที่เป็นสามี หมายถึง ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยซึ่งเป็นภรรยา โดยเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีจะมีการแสดงออกถึงความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อยกว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยา โดยมีการยอมรับต่อปัญหาความจำ อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย และใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน (Zarit, Todd and Zarit, 1986)

ผู้ดูแลที่เป็นภรรยา หมายถึง ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยซึ่งเป็นสามี โดยเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยาจะมีการแสดงออกถึงความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับที่มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี เนื่องจากระยะแรกผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลในปัญหาความจำ อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้ยาก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อระยะเวลาผ่านไปจนกระทั่งสามารถปรับตัว เข้าใจ และยอมรับในบทบาทของผู้ดูแลได้ ภาระของผู้ดูแลก็จะลดลง (Zarit, Todd and Zarit, 1986)

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาที่มักจะเป็นวัยสูงอายุ (McLennon, Habermann and Rice, 2011) ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้จะเกิดภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่น (สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544; พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556; Rinaldi et al., 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะเกิดภาระการดูแลในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น (Zarit et al., 1980) และมักได้รับผลกระทบจากการดูแลและมีความยากลำบากในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน (พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) อีกทั้งส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตสมรสของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง (Wright, 1991) อันเนื่องมาจากการสูญเสียความทรงจำอย่างต่อเนื่องและการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินของโรค จึงส่งผลต่อความรู้สึกผูกพันที่ลดลงระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Cohen and Eisdorfer, 2002) ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) ดังที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

2.6 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นความรักใคร่ผูกพันฉันท์สามีภรรยา ทำให้เกิดความห่วงใยและเอื้ออาทรซึ่งกันและกันในระหว่างเจ็บป่วย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (Seow et al., 2011) ที่มักจะเป็นวัยสูงอายุ (McLennon et al., 2011) ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลนั้นมีผลต่อการเกิดภาระของผู้ดูแล (Campbell et al., 2008) ทั้งนี้พบว่าระดับความพึงพอใจในชีวิตคู่ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับคู่สมรสที่มีสุขภาพแข็งแรง (Wright, 1991) เนื่องมาจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทักษะการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (communication problem) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Savundranayagam et al., 2005) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) เกิดการบั่นทอนความรู้สึกผูกพันของกันและกัน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) เมื่อเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (Ingersoll-Dayton et al., 2016) โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล สามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 81.6 (Campbell et al., 2008)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ส่งผลในเชิงบวกต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้มีสุขภาวะที่ดีและมีทักษะในการแก้ไขปัญหามากขึ้น (Burgener and Twigg, 2002) การเสื่อมถอยของสมองช้าลง (Norton et al., 2009) และอาการแสดงของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปลดลง (Perren et al., 2007) ในขณะเดียวกันสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ยังส่งผลในเชิงบวกต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสด้วยเช่นกัน โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดภาระของผู้ดูแล (Spaid and Barush, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีความพึงพอใจในชีวิตคู่ก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมในเชิงบวกนั้นทำให้ลดการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากความเปลี่ยนแปลงของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน และผู้ดูแลเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาได้หลังจากเกิดภาวะสมองเสื่อมในคู่สมรส แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากคู่สมรสมีความพึงพอใจในการใช้

ชีวิตคู่ก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมในเชิงลบ จะส่งผลต่อการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Lea Steadman, Tremont and Davis, 2007)

ดังจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมนั้น ถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่ต้องประสบกับปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องมาจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลยากที่จะอดทนต่อการให้การดูแล นำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล ดังนี้

3. ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.1 ความหมายของภาระของผู้ดูแล

ความหมายของภาระ ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) หมายถึง ธุระที่หนัก การทำงานที่หนัก และหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เช่นเดียวกันกับพจนานุกรมไทย (วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม, 2535) ที่ได้ให้ความหมายของภาระไว้ว่า งานที่หนัก ธุระที่หนัก และหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ

Zarit, Todd and Zarit (1986) กล่าวว่า ภาระ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องมาจากการดำเนินของโรคในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลยากที่จะอดทนต่อการให้การดูแล

Gray and Isaacs (1979) และ Reifler and Wu (1982) กล่าวว่า ภาระ เกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้ดูแลเกิดความไม่เข้าใจในกระบวนการเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่ออาการพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการดำเนินของโรค บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลจึงพยายามขัดขวางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้นแต่ไม่ได้ผล ซึ่งให้ผลในทางตรงกันข้าม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ

Gwyther and Georage (1986) กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ที่เกิดจากสมาชิกภายในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง

Oberst และคณะ (1989) กล่าวว่า ภาระ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแล และความยากลำบากที่เกิดจากการดูแล ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง และกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลที่ต้องการพึ่งพา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาภาระของผู้ดูแลที่ครอบคลุมถึงการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการ

ดูแล ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ความหมายภาระของผู้ดูแลเช่นเดียวกับ Zarit, Todd and Zarit (1986) โดยภาระของผู้ดูแลจะเกิดขึ้นตามระยะการดำเนินของโรคในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

3.2 ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระดับ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลให้การทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้สูงอายุรับรู้และทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลง ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง จนรุนแรงถึงระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแล (ปิติพร สิริทิพากร, 2558; ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) ดังนี้

3.2.1 ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเด่น คือ ความจำบกพร่อง ลืมเหตุการณ์หรือบทสนทนาที่เพิ่งเคยเกิดขึ้นหรือเพิ่งพูดไป แต่เหตุการณ์ในอดีตยังจำได้ดี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ แต่ผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงความยากลำบากในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองที่มีมากขึ้น จึงอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ สร้างความรำคาญให้กับผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงอาการและอาการแสดงเนื่องมาจากการดำเนินของโรคในผู้ป่วย ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความขัดแย้งในการอยู่ร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย และรับรู้ถึงภาระที่เพิ่มขึ้น จึงพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในคลินิกความจำของโรงพยาบาล ซึ่งจะให้การดูแลรักษาเฉพาะทางกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทั้งนี้พยาบาลผู้สูงอายุผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกความจำของโรงพยาบาล จึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการหากิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยพอที่จะสามารถพูดคุยและสื่อสารให้เข้าใจได้ ร่วมกับการให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสม ให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพราะสุขภาพกายใจที่ดีของผู้ดูแลจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้กำลังใจกับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วย ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเพื่อคงความจำไว้ได้นานที่สุด และอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น

3.2.2 ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ในระยะนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง สูญเสียความจำมากขึ้น โดยเฉพาะความจำปัจจุบันจะแย่ลงอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับวันเวลาสถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆด้วยตนเอง อาจจะเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นจะต้องมีผู้คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด ผู้ดูแลจะต้องคอยเตือนความจำและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันกับผู้ป่วยเป็นประจำ เกิดคำถามซ้ำๆ หรือกระทำกิจกรรมใดซ้ำๆเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจำในสิ่งที่เพิ่งถามหรือทำไปแล้วได้ ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้เนื่องมาจากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งในระยะนี้ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นหากไม่เข้าใจถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องมาจากการดำเนินของโรคของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลจำเป็นจะต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแล

ดังนั้นในระยะนี้พยาบาลผู้สูงอายุซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกความจำของโรงพยาบาลจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการหากิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะผู้ดูแลในการให้การดูแลที่เหมาะสมกับอาการและอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะนี้ เพราะถ้าหากผู้ดูแลไม่เข้าใจจะทำให้เกิดการขัดขวางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งกัน ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้พยาบาลก็จะต้องให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ดูแลร่วมด้วย เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิตของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญมากต่อผู้ป่วย โดยพบว่าถ้าหากผู้ดูแลมีภาวะเครียด ไม่แจ่มใส หงุดหงิด โมโหง่าย ผู้ป่วยก็จะไม่มีความสุข ดังนั้นสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3 ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ รวมถึงความสามารถในการดูแลสุขอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำมาก สับสน ไม่รู้วันเวลาสถานที่ หรือเรื่องราวต่างๆ บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จะพูดไม่รู้เรื่อง หรือไม่พูด บางรายอาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจาก

ความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

ในระยะนี้พยาบาลผู้สูงอายุจะต้องให้คำแนะนำและสอนเทคนิคต่างๆให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมดแก่ผู้ป่วยได้ โดยจะต้องประเมินความรู้ความเข้าใจ และความสามารถของผู้ดูแลเพื่อให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้พยาบาลจะต้องประเมินสภาพจิตใจ ความสามารถ และผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม เนื่องจากระยะนี้ผู้ดูแลจะมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา พร้อมทั้งเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ดูแล และดูแลประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถยอมรับและเตรียมการกับวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่จะมาถึง

ดังจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้เกิดภาระของผู้ดูแลในทุกระยะของการดำเนินของโรค ซึ่งภาระนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ดังที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

3.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีการเสื่อมถอยในความสามารถการทำงานของสมอง ทำให้การรู้คิด ความทรงจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจบกพร่อง รวมทั้งการมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีลักษณะการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องในทางเสื่อมถอยลง ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ต้องมีผู้ดูแลซึ่งย่อมได้รับผลกระทบจากการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรส ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่มักจะเป็นวัยสูงอายุด้วยเช่นกัน (McLennon et al., 2011; Seow et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น สามารถแบ่งผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลได้เป็น 5 ด้าน ดังนี้

3.3.1 ด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรัก เพราะในระยะหลังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะจำหน้าผู้ดูแลไม่ได้ อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป การที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และต้องรับภาระหนัก ซึ่งบางรายอาจรับภาระแต่เพียงผู้เดียว ไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง จึงอาจเกิดความรู้สึกเศร้าที่รู้สึกสูญเสียญาติตนไปทั้งๆที่มีชีวิตอยู่แต่จำผู้ดูแลไม่ได้ อาจเกิดความรู้สึกผิดเมื่อทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะโกรธกับพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย (Department of Social change and department, 2000) และอาจรู้สึกเครียด โดยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆ (Rinaldi et al., 2005)

3.3.2 ด้านร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จึงอาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นคู่สมรส โดยส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งมักจะมีปัญหาสุขภาพตามการสูงวัยร่วมด้วย ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความตระหนักในการดูแล (Kolanowski et al., 2004; Schubert et al., 2008)

3.3.3 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมักจะเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการบ่น พูดซ้ำซาก การจู้จี้ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การถามคำถามซ้ำๆ การพูดจาสับสนที่อาจทำให้ผู้ดูแลแปลความหมายไปในทางที่ผิด (Savundranayagam et al., 2005) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) เกิดการบั่นทอนความรู้สึกผูกพันในชีวิตคู่ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014)

3.3.4 ด้านเศรษฐกิจ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทำงานแต่บางเวลา หรืออาจจะต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้มีรายได้ลดลง หรือสูญเสียรายได้เพิ่มขึ้น รวมทั้งการมีรายจ่ายเกี่ยวกับค่าดูแลรักษาและดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย และอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนที่ได้สวัสดิการเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว ถ้าหากขาดการบริหารจัดการที่ดี นำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

3.3.5 ด้านสังคม จากการศึกษาของ Ory และคณะ (1999) พบว่าผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชื่นชอบ และร้อยละ 52 ไม่มีเวลาให้กับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจากการดูแลที่ต้องใช้เวลาเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ต้องตัดขาดจากสังคมภายนอก เพราะไม่มีเวลาไปข้างนอก ไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง หรือไม่สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เช่น ออกไปรับประทานอาหารสังสรรค์นอกบ้าน ไปเที่ยวพักผ่อนกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมภายนอก เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม

3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น มีทั้งปัจจัยจากการดำเนินของโรค รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาระของผู้ดูแล (สาธิดา แรกคำนวณ และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2555; ปิติพร สิริทิพากร และ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; Germain et al., 2009) ทั้งนี้การรับรู้ภาระของผู้ดูแลเกิดจากปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล (Savundranayagam et al, 2005) โดยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่น (สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544; พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556; Rinaldi et al., 2005) อันส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตคู่ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับชีวิตคู่ของคู่สมรสที่มีสุขภาพแข็งแรง (Wright, 1991)

ปัจจัยจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทักษะการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (communication problem) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อันนำไปสู่การเกิดภาระ (burden) ของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) ซึ่งปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) เมื่อเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (Ingersoll-Dayton et al., 2016) ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล สามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 81.6 (Campbell et al., 2008)

ทั้งนี้ยังพบว่าถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตคู่ก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมในเชิงลบ จะส่งผลต่อการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากคู่สมรสที่มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตคู่เชิงบวกก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ลดการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากความเปลี่ยนแปลงของคู่สมรสที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน และผู้ดูแลเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาได้ดีหลังจากเกิดภาวะสมองเสื่อมในคู่สมรส (Lea Steadman, Tremont and Davis, 2007)

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระ (burden) หลากหลายรูปแบบที่นิยมใช้ ดังนี้

3.5.1 Zarit Burden Interview (ZBI) ของ Zarit (Zarit et al., 1980) เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่สะท้อนถึงการรับรู้ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลในด้านอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ในปี 1980 Zarit และคณะ ได้นำเครื่องมือไปทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 คน เพื่อทดสอบหาค่าความเที่ยง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91 และในปี 1996 ได้ทำการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 97 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ (Vitaliano, Young and Russo, 1991) นำมาแปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย = 0 คะแนน นานๆครั้ง = 1 คะแนน เป็นครั้งคราว = 2 คะแนน บ่อยๆ = 3 คะแนน และประจำ = 4 คะแนน เมื่อนำคะแนนที่ได้จากการสอบถามมารวมกัน ระดับคะแนนที่แสดงถึงภาระของผู้ดูแล มีดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับภาระของผู้ดูแล
0 – 20	เล็กน้อยหรือไม่มี
21 – 40	น้อยถึงปานกลาง
41 – 60	ปานกลางถึงรุนแรง
61 – 88	รุนแรง

โดย อรวรรณ แผนคง ได้นำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 คน มีค่าความตรงความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

3.5.2 Caregiving Burden Scale (CBS) ของ Oberst (1991) โดยประเมินภาระจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อวัดภาระของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยได้รวบรวมข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมและจากผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเท่ากับ 0.40

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.5.3 Caregiver Burden Inventory (CBI) ของ Novak and Guest (1989) เป็นสอบถามที่สะท้อนความรู้สึกของผู้ดูแลถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 5 ด้าน ได้แก่ เวลา พัฒนาการ ร่างกาย สังคม และอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนน โดยแต่ละคำถามจะให้ผู้ดูแลเลือกคำตอบที่บอกถึงความรู้สึกของผู้ดูแลในปริมาณมากน้อยตามคะแนน ดังนี้ ประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยเลย (0 คะแนน) ดังนั้นคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสูง (Vitaliano et al., 1991)

3.5.4 Montgomery, Gonyea and Hooyman's Inventories ของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินภาระใน 2 มิติ ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) คือ ลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Cronbach's alpha = 0.85) ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับภาระในด้านสถานะทางการเงิน ความเป็นส่วนตัว กิจกรรมทางสังคม สุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) คือ อารมณ์ความรู้สึกและทัศนคติต่อการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Cronbach's alpha = 0.86) (Vitaliano et al., 1991)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินภาระของผู้ดูแล ของ Zarit (Zarit et al., 1980) ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547) โดยเป็นแบบสอบถามที่สะท้อนถึงการรับรู้ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลในด้านอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสอดคล้องกับการเลือกใช้แนวคิดภาระของผู้ดูแล ของ Zarit, Todd and Zarit (1986) ทั้งนี้ อรวรรณ แผนคง ได้นำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 คน มีค่าความตรงความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87 แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามภาระของผู้ดูแล ของ Zarit มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการดำเนินของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแล เกิดการบั่นทอนความรู้สึกผูกพันในชีวิตคู่ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแลในที่สุด ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษาแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้

เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้

4. แนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

4.1 แนวคิดการทบทวนชีวิต (Life review)

การทบทวนชีวิต (Life review) เป็นหนึ่งในรูปแบบของการระลึกความหลัง ทั้งนี้การระลึกความหลัง (Reminiscence) เป็นการบำบัดในรูปแบบการทำกลุ่มเพื่อกระตุ้นความทรงจำและอารมณ์ โดยไม่มีการวางกรอบในการพูดคุย เน้นการสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัด โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พัฒนาทักษะการสื่อสาร และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการทบทวนชีวิต (Life review) เป็นหนึ่งในรูปแบบของการระลึกความหลัง แต่จะเป็นการทบทวนชีวิตของหนึ่งบุคคลอย่างสมบูรณ์ ซึ่งไม่ใช่การทำกลุ่มดังเช่นการระลึกความหลัง (Haight et al., 2003)

การทบทวนชีวิต (Life review) เป็นการทบทวนชีวิตของหนึ่งบุคคลอย่างสมบูรณ์ โดยมีการวางกรอบในการทบทวนชีวิตในแต่ละช่วงวัยของชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งในช่วงเวลาที่เศร้า สิ้นหวัง หรือมีความสุข โดยเน้นการยอมรับ การเห็นคุณค่า และมีความเข้าใจในผู้รับการบำบัด โดยมีเป้าหมายหลักคือเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ไม่สิ้นหวังของบุคคล และเป้าหมายอื่นๆ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ร่วมกับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book) เพื่อให้เห็นภาพของการทบทวนชีวิต ซึ่งผู้ที่รับการบำบัดจะเป็นผู้ออกความคิดเห็น เลือกรูปภาพ หนังสือเอกสารต่างๆ การคิดคำพูดที่จะใช้ในหนังสือซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องราวของตนเอง (Haight et al., 2003)

Haight et al. (2003) ได้ทำการศึกษาผลของการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวโดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้รับการทบทวนชีวิตและทำหนังสือเรื่องราวชีวิต กลุ่มสอง คือ เฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิต และกลุ่มที่สาม คือ กลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งได้รับการทบทวนชีวิตและทำหนังสือเรื่องราวชีวิตมีอารมณ์ (mood) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และกลุ่มที่มีเฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิต พบว่าความรู้สึกมีภาระ (burden) ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการทบทวนชีวิต ซึ่งพบว่าความรู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับมีความกังวลในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (behavior and problems) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตมีความกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการทบทวนชีวิต พบว่ามีความกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4.2 แนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ (Couple life review)

Ingersoll-Dayton et al. (2013) จึงได้ศึกษาการทบทวนชีวิตคู่ (Couple Life review) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้การทบทวนชีวิต (Life review) เช่นเดียวกับในการศึกษาของ Haight et al. (2003) ที่ใช้การทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยการทบทวนชีวิตด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบไม่พร้อมกัน วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อลดภาระของผู้ดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ Ingersoll-Dayton et al. (2013) จึงใช้การทบทวนชีวิตเช่นเดียวกับ Haight et al. (2003) แต่แตกต่างกันที่รูปแบบการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบพร้อมกัน โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้เล่าเรื่องราวของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันไปพร้อมกัน ด้วยการแบ่งช่วงเวลาในการทบทวนชีวิตคู่เป็น 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงชีวิตตอนต้น ช่วงชีวิตตอนกลาง และช่วงชีวิตปัจจุบัน แล้วนำเรื่องราวเหล่านั้นพร้อมทั้งของที่ระลึก เช่น รูปภาพ ข้าวของเครื่องใช้ หนังสือเอกสารที่แสดงถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น มารวบรวมจัดทำเป็นหนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book) โดยจะทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน รวมทั้งหมด 5 ครั้ง

การทบทวนชีวิตคู่ (Couple Life review) จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างการพูดคุยสื่อสารและค้นหาของที่ระลึกสำหรับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน ซึ่งเป็นการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส นอกจากนี้การทบทวนชีวิตคู่ยังช่วยให้คู่สามีภรรยาสูงอายุได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูด สีหน้าท่าทาง และการสัมผัสที่อ่อนโยน อันเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ซึ่งเรื่องราวต่างๆเหล่านี้จะถูกรวบรวมและถ่ายทอดลงบนหนังสือเรื่องราวชีวิตของทั้งคู่ ทำให้คู่สามีภรรยาเกิดความภาคภูมิใจ อิ่มเอมใจในการหวนรำลึกถึงการใช้ชีวิตร่วมกันตั้งแต่แรกพบจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังสามารถเผยแพร่หนังสือเรื่องราวชีวิตของทั้งคู่ไปยังสมาชิกในครอบครัวได้ ทำให้คู่สามีภรรยาสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และเกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างคู่สามีภรรยาสูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น (Ingersoll-Dayton et al., 2013; Scherrer et al., 2014; Ingersoll-Dayton et al., 2016)

4.3 กระบวนการทบทวนชีวิตคู่

แนวคิดในการทบทวนชีวิตคู่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ประกอบด้วยหลักสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

4.3.1 การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา เป็นการทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับการพบกันและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรก เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา

4.3.2 การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น เป็นการทบทวนเรื่องราวความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ชีวิตลูกในวัยเด็ก บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่เพื่อส่งเสริมให้คู่สามีภรรยาระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำอันดีในช่วงแรกของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน

4.3.3 การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการทบทวนเรื่องราวความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลางร่วมกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมและการพักผ่อนที่ทำร่วมกัน เพื่อเป็นการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลางและแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน

4.3.4 การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการทบทวนเรื่องราวความทรงจำที่สำคัญที่สุดในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประสบการณ์ที่ได้รับในชีวิตวัยเกษียณ มุมมองที่มีร่วมกันในอนาคตและสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา เพื่อส่งเสริมให้คู่สามีภรรยาเกิดมุมมองในอนาคตร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกันต่อไป

4.3.5 การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต ที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ต่อไปในการบันทึกความทรงจำและสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา

4.4 ผลของการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแล

จากการศึกษาผลของการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นในขณะพูดคุยถึงความทรงจำที่มีร่วมกัน ขณะเลือกของที่ระลึกและเสนอความคิดเห็นร่วมกันสำหรับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต และมีการแสดงความรักที่มีต่อกัน เช่น การนั่งเข้าใกล้กัน การจับมือโอบไหล่กันด้วยความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความเชื่อมั่น และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (Ingersoll-Dayton et al., 2013) ทั้งนี้พบว่าผลของการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ทำให้ภาระของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการ

ทบทวนชีวิต ซึ่งเกิดภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.06 (Haight et al., 2003) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพของสัมพันธภาพที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการทบทวนชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 (Subramaniam et al., 2014) ซึ่งสัมพันธภาพนี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาระของผู้ดูแล โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล สามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึง ร้อยละ 81.6 (Campbell et al., 2008)

จากการศึกษาการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในประเทศสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น ของ Ingersoll-Dayton และคณะ (2016) พบว่าการทบทวนชีวิตคู่ส่งผลต่อคู่สมรส ดังนี้

การยืนยันในคู่สมรส (Partner affirmation) เนื่องจากกระบวนการทบทวนชีวิตคู่ทำให้เกิดการกระตุ้นให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการบอกเล่าเรื่องราวชีวิตไปด้วยกัน ทำให้คู่สมรสได้แสดงออกถึงความรักที่มีต่อกันอย่างหนักแน่น การแสดงให้เห็นถึงจุดเด่นของกันและกัน ด้วยคำพูดหรือสิ่งของที่ระลึกที่กระตุ้นความทรงจำของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เกิดการหวนรำลึกถึงเรื่องราวและความทรงจำที่มีร่วมกันกับคู่สมรส

การพัฒนาการมีส่วนร่วม (Improved engagement) เนื่องจากกระบวนการทบทวนชีวิตคู่ทำให้คู่สมรสเกิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน โดยหมายรวมถึงการมีส่วนร่วมในทางสังคมร่วมด้วย โดยการแบ่งปันหนังสือเรื่องราวชีวิตให้ผู้อื่นได้ศึกษา

การจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย (Handling losses) แม้ว่ากระบวนการทบทวนชีวิตคู่โดยส่วนใหญ่จะเน้นทบทวนความทรงจำในเรื่องราวเชิงบวก แต่อย่างไรก็ตามในระหว่างการทบทวนชีวิตคู่ก็อาจจะมีการระลึกถึงช่วงเวลาที่ยากลำบากเกิดขึ้น เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ซึ่งถ้าหากเกิดการระลึกถึงเรื่องราวของความสูญเสียนี้เกิดขึ้น ผู้ดำเนินกิจกรรมจะช่วยให้คู่สมรสสามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้ และช่วยให้คู่สมรสมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ในเชิงบวก เช่น การระลึกถึงช่วงเวลาที่มีคุณค่ากับบุคคลอันเป็นที่รัก และร่วมกันบันทึกเรื่องราวในช่วงเวลาอันมีค่าเหล่านี้ลงในหนังสือเรื่องราวชีวิต

การมีความสุขในชีวิตคู่ (Fullness of life as a couple) เนื่องจากกระบวนการทบทวนชีวิตคู่ทำให้คู่สมรสได้ทบทวนชีวิตที่มีร่วมกันมา ร่วมกับการตระหนักถึงมุมมองในเชิงบวกของความสัมพันธ์ในการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมาและจะยังคงอยู่ต่อไป แม้ในวันที่คู่สมรสมีความทรงจำเสื่อมถอยลง

5. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเป็นประโยชน์ต่อบุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง (อภิวรรณ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

พยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลจากการดำเนินของโรคทำให้การรับรู้และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลงเรื่อยๆ จนในที่สุดผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่สามารถรับรู้ หรือบอกความต้องการของตนเองได้เหมือนคนปกติทั่วไป ดังนั้นผู้ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลจึงถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่ต้องประสบกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุขาดการรับรู้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่มักขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ ขาดความเข้าใจในพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินของโรค ทำให้ไม่สามารถยอมรับ ไม่สามารถจัดการหรือให้การดูแลที่เหมาะสมได้ บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลพยายามขัดขวางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้นแต่ไม่ได้ผล ซึ่งให้ผลในทางตรงกันข้ามทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Gray and Isaacs, 1979; Reifler and Wu, 1982; ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

ทั้งนี้พยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบทบาทของผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับกับบทบาทของผู้ดูแลได้ ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการดูแลของแต่ละบุคคล รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และการดำเนินของโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล เกิดความเข้าใจและยอมรับกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก ยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง นำไปสู่การเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเพื่อที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการดูแลตนเองของผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีของ

ผู้ดูแล จะส่งผลดีต่อทั้งตัวผู้ดูแลแลการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; ธีรวรรณ คนชม, 2552) โดยการวิจัยครั้งนี้มีประเด็นการให้ความรู้ ดังนี้

5.1 การทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของภาวะสมองเสื่อม ระยะของภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการแสดงในแต่ละระยะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุเนื่องมาจากการดำเนินของโรค

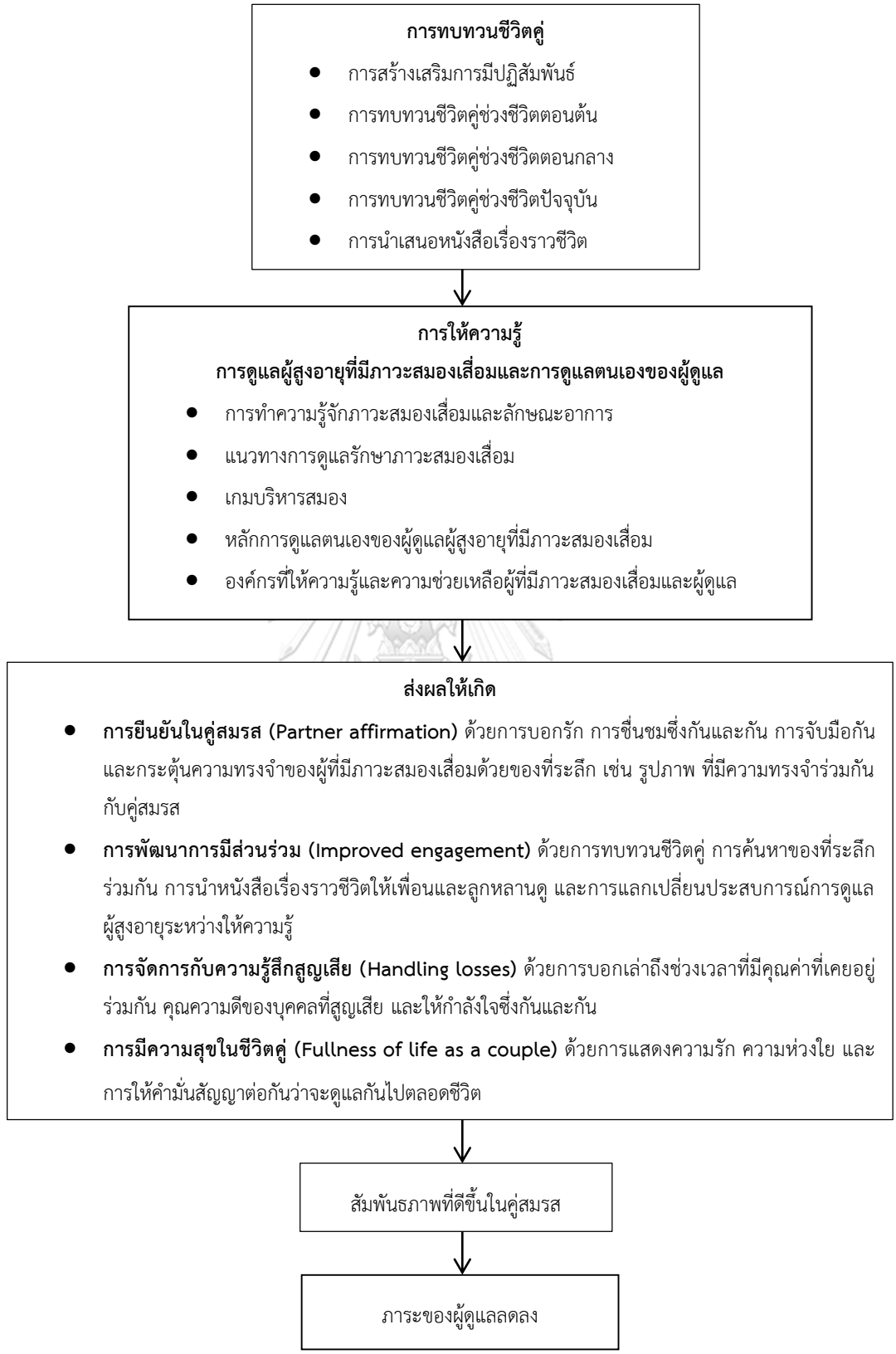
5.2 แนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางที่สามารถดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมกับอาการของโรคในแต่ละระยะ

5.3 เกมบริหารสมอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับเกม 3 เกม ได้แก่ เกมบวกลบคูณหารเลขต้านลืม เกมฝึกสมองสองซีก และเกมเติมเข็มนาฬิกาให้สมบูรณ์ โดยผู้วิจัยปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างร่วมด้วย และให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสคอยเป็นผู้ช่วยเหลือขณะเล่นเกม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เรียนรู้กิจกรรมที่ช่วยในการบริหารสมอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีกิจกรรมทำร่วมกัน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ

5.4 หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการดูแล เช่น การปวดหลัง ปวดไหล่ และจิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิตของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญมากต่อผู้สูงอายุ โดยพบว่าถ้าหากผู้ดูแลมีภาวะเครียด ไม่แจ่มใส หงุดหงิด โมโหง่าย ผู้สูงอายุก็จะไม่มีความสุข ดังนั้นสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.5 องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนชีวิตคู่ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้สรุปกระบวนการการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้ ที่มีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแลได้ดังนี้



ภาพที่ 1 สรุปกระบวนการของการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลที่มีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแล

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เพื่อลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ดังกระบวนการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยมีรูปแบบของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสดังต่อไปนี้

6. โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลใช้ในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้อย่างชัดเจน โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลการจัดกิจกรรมก่อนระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที ด้วยการทบทวนชีวิตคู่ 60 นาที และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 30 นาที โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามลำดับ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 การดำเนินโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

แนวคิด	กิจกรรม
การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ การสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา การทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันและเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุเนื่องมาจากการดำเนินของโรค	**การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (สัปดาห์ที่ 1)** ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - กิจกรรมการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส - การพูดคุยเกี่ยวกับการพบกัน ครั้งแรกและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรกของคู่สามีภรรยา - การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint - การค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม - การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ - การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นคู่มือที่รวบรวมความรู้ทั้งหมดที่จะให้กับคู่สามีภรรยาตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล - ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม
การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น การระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำในช่วงแรกของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกันและการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นของการใช้ชีวิตคู่ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางที่สามารถดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมกับอาการของโรคในแต่ละระยะ	**การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น (สัปดาห์ที่ 2)** ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - กิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่ การแบ่งหน้าที่กันในการเลี้ยงดูลูก - การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint - การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม - การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 1 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคู่สามีภรรยาในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต - การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ - ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม
การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง การระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับเกมบริหารสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เรียนรู้กิจกรรมที่ช่วยในการบริหารสมอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีกิจกรรมทำร่วมกัน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ	**การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง (สัปดาห์ที่ 3)** ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - กิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของกันและกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมที่ชอบทำร่วมกันและการปรับตัวในการทำกิจกรรมร่วมกัน - การให้ความรู้เกี่ยวกับเกมบริหารสมอง เพื่อเป็นการบริหารสมอง ได้แก่ เกมบวกลบคูณหารเลขต้านลืม เกมฝึกสมองสองซีก และเกมเติมเข็มนาฬิกาให้สมบูรณ์ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint ในการอธิบายเกม ร่วมกับผู้วิจัยปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง และให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ปฏิบัติร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นผู้คอยช่วยเหลือ - การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม - การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 2 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคู่สามีภรรยาในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม
	- การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ - ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง
การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน การระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแล -	**การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน (สัปดาห์ที่ 4)** ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - กิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกัน ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิตวัยเกษียณ กิจกรรมที่ทำร่วมกันแล้วรู้สึกดีมีคุณค่า ความหวังหรือความต้องการในอนาคต และสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา - การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการดูแล เช่น การปวดหลัง ปวดไหล่ และจิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล โดยใช้สื่อ Microsoft PowerPoint - การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม - การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคู่สามีภรรยาในการทำหนังสือ -

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เรื่องราวชีวิต - การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ - ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน
การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้หรือคำแนะนำ	**การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต (สัปดาห์ที่ 5)** ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย - กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา - การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint - การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับหรือสิ่งที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม - การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ - การสนับสนุน ให้กำลังใจและชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวคิดทางการพยาบาล เพื่อลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

อรวรรณ แผนคง (2547) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยประเด็นในการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การจัดให้สมาชิกได้พูดถึงปัญหาการดูแลและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ และการให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้สนทนาเกี่ยวกับผลกระทบที่ได้รับจากการดูแล และเปิดโอกาสให้ให้ระบายความรู้สึก โดยให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ร่วมกันแก้ไขปัญหา และส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการเข้ากลุ่มทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการเข้ากลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ศิริวรรณ คะเนนอก (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระของผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการสอนเรื่องต่างๆเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การฉายวิดีทัศน์กรณีตัวอย่างที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และพฤติกรรม และด้านการจัดการกับเหตุการณ์และสถานการณ์ฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม 2 ด้าน ไดแก่ ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การเตรียมความพร้อมในการจัดการกับความเครียด และภาระที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล (ลงมือปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียด) การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม 2 ด้าน คือ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลช่วยเหลือ และด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโดยรวม รวมเวลาทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีคะแนนการรับรู้ภาระน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

Haight et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการทบทวนชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลโดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตและทำหนังสือเรื่องราวชีวิต กลุ่มสอง คือ เฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิต และกลุ่มสาม คือ กลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตเกิดความรู้สึกมีภาระลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการทบทวนชีวิต ซึ่งพบว่าเกิดความรู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับมีความกังวลในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตมีความกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง

Lea Steadman, Tremont and Davis (2007) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตคู่ก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความพึงพอใจในชีวิตคู่เชิงบวกก่อนเกิดที่จะพบภาวะสมองเสื่อมในคู่สมรสนั้น จะทำให้ลดการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากความเปลี่ยนแปลงของคู่สมรสที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน และผู้ดูแลเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาได้ดีหลังจากเกิดภาวะสมองเสื่อมในคู่สมรส แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากคู่สมรสที่มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตคู่ก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมในเชิงลบจะส่งผลต่อการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

Campbell et al. (2008) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลและการทำนายของปัจจัยเหล่านั้นต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ คือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลและสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 81.6

Ingersoll-Dayton et al. (2013) ได้ศึกษาการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ใช้ระยะเวลาในการทบทวนชีวิตคู่ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น ในขณะพูดคุยถึงความทรงจำที่มีร่วมกัน ขณะเลือกของที่ระลึกและเสนอความคิดเห็นร่วมกันสำหรับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต และมีการแสดงความรักที่มีต่อกัน เช่น การนั่งเข้าใกล้กัน การจับมือ โอบไหล่กันด้วยความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความเชื่อมั่น และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

Subramaniam, Woods and Whitaker (2014) ได้ศึกษาผลของการทบทวนชีวิตและการทำหนังสือเรื่องราวชีวิตในผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการทบทวนชีวิต ร่วมกับผู้ดูแลที่ช่วยในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต และกลุ่มที่สอง คือ ญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้จัดทำหนังสือ

เรื่องราวชีวิตเพื่อเป็นของขวัญให้กับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับหนังสือเรื่องราวชีวิตและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มแรกได้รับการทบทวนชีวิตร่วมด้วยแล้วนั้น พบว่าคุณภาพของสัมพันธภาพในทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Ingersoll-Dayton และคณะ (2016) ได้ศึกษาการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในประเทศสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น พบว่าการทบทวนชีวิตคู่ส่งผลต่อคู่สมรสให้เกิด การยืนยันในคู่สมรส (Partner affirmation) โดยคู่สมรสได้แสดงออกถึงความรักที่มีต่อกันอย่างหนักแน่น แสดงให้เห็นถึงจุดเด่นของกันและกัน ด้วยคำพูดหรือสิ่งของที่ระลึกที่กระตุ้นความทรงจำของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เกิดการหวนรำลึกถึงเรื่องราวและความทรงจำที่มีร่วมกันกับคู่สมรส การพัฒนาการมีส่วนร่วม (Improved engagement) รวมถึงการมีส่วนร่วมในทางสังคมร่วมด้วย โดยการแบ่งปันหนังสือเรื่องราวชีวิตให้ผู้อื่นได้ศึกษา การจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย (Handling losses) โดยผู้ดำเนินกิจกรรมจะช่วยให้คู่สมรสสามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้ และช่วยให้คู่สมรสมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ในเชิงบวก การมีความสุขในชีวิตคู่ (Fullness of life as a couple) โดยการตระหนักถึงมุมมองในเชิงบวกของความสัมพันธ์ในการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมาและจะยังคงอยู่ต่อไปแม้ในวันที่คู่สมรสมีความทรงจำเสื่อมถอยลง

พยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรวมทั้งผู้ที่ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทอิสระในการค้นหาแนวทางในการดูแลและค้นหากิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากการบำบัดทางการพยาบาลจะไม่ขัดกับการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลหลากหลายวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละราย จากการทบทวนแนวคิดเหตุผลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลมีทั้งปัจจัยจากการดำเนินของโรค รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาระของผู้ดูแล ทั้งนี้การรับรู้ภาระของผู้ดูแลเกิดจากปัญหาในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งพบว่าปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง มีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง และนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล

จากการทบทวนแนวคิดเหตุผลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทักษะการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) ซึ่งปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่

เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) เมื่อเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (Ingersoll-Dayton et al., 2016) ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) โดยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 81.6 (Campbell et al., 2008) ดังนั้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นได้

ด้วยเหตุนี้จึงมีการทบทวนงานวิจัยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าหลังจากผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกมีภาระลดลงและมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น (อรวรรณ แผนคง, 2547) และพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระของผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนการรับรู้ภาระน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ศิริวรรณ คะเนนอก, 2551) แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยเหล่านี้จะมุ่งเน้นเฉพาะผู้ดูแลเท่านั้น ด้วยเหตุนี้จึงมีศึกษาแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลควบคู่กันไปเพื่อลดภาระของผู้ดูแล โดยการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างการพูดคุยสื่อสาร ซึ่งเป็นการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งเกิดความรู้ความเข้าใจในอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็น

คู่สมรส นอกจากนี้การทบทวนชีวิตคู่ยังช่วยให้คู่สามีภรรยาสูงอายุได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูด สีหน้าท่าทาง และการสัมผัสที่อ่อนโยน อันเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ซึ่งเรื่องราวต่างๆเหล่านี้จะถูกรวบรวมและถ่ายทอดลงบนหนังสือเรื่องราวชีวิตของทั้งคู่ ทำให้คู่สามีภรรยาเกิดความภาคภูมิใจ อิ่มเอมใจในการหวนรำลึกถึงการใช้ชีวิตร่วมกันตั้งแต่แรกพบจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังสามารถเผยแพร่หนังสือเรื่องราวชีวิตของทั้งคู่ไปยังสมาชิกในครอบครัวได้ ทำให้คู่สามีภรรยาสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และเกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างคู่สามีภรรยาสูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น (Ingersoll-Dayton et al., 2013; Scherrer et al., 2014; Ingersoll-Dayton et al., 2016)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล มาจัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งเน้นการดูแลทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลควบคู่กันไป เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน และการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลไว้ในทุกขั้นตอน อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาระของผู้ดูแลลดลงได้ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สร้างขึ้นจากแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

- การสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา การทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน และเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา
- การให้ความรู้เรื่องการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ เพื่อให้ได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุเนื่องมาจากการดำเนินของโรค

2. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

- การระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำในช่วงแรกของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่
- การให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางที่สามารถดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมกับอาการของโรคในแต่ละระยะ

3. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

- การระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน
- การให้ความรู้เรื่องเกมบริหารสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เรียนรู้กิจกรรมที่ช่วยในการบริหารสมอง และเพื่อส่งเสริมให้คู่สามีภรรยามีกิจกรรมทำร่วมกัน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ

4. การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

- การระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป
- การให้ความรู้เรื่องหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต

- การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ใช้หนังสือเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา
- การให้ความรู้เรื่ององค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้ เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ
- การสนับสนุน ให้กำลังใจและชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา

→ ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ค่อนข้างมีจำนวนจำกัด และจำเป็นต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จึงเป็นการยากที่จะดำเนินการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง

O_1	X	O_2	O_3	O_4	O_5	O_6

โดย X คือ การเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

O1 คือ การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

O2 คือ การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1)

O3 คือ การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2)

O4 คือ การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ 3 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3)

O5 คือ การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4)

O6 คือ การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ (สัปดาห์ที่ 5)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริการคลินิกความจำ โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 16 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่เกิดจากความเสื่อมถอยในความสามารถของสมองในด้านความจำ การคิด การตัดสินใจ สมาธิหรือความใส่ใจ ร่วมกับการมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

3. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะต้องเป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

4. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะต้องเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ โดยมีจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนี้

4.1 ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)

4.2 ผู้ที่เรียนจบระดับประถมศึกษา จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

4.3 ผู้ที่เรียนจบระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

5. เป็นคู่สามีภรรยาที่ใช้ชีวิตร่วมกันมาอย่างน้อย 10 ปี

6. เป็นคู่สามีภรรยาที่ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

7 เป็นคู่สามีภรรยาที่สามารถอ่านออกและเขียนได้ดี

8. เป็นคู่สามีภรรยาที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีอาการรุนแรงจนเป็นอุปสรรคเกิดขึ้นขณะอยู่ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ .01 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ทำการวัดซ้ำ 6 ครั้ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 13 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาจึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความจำโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกิจกรรมการพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และมีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ได้จากการแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความจำโรงพยาบาลรามาธิบดี และกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการพยาบาล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3.2 ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI)

3.3 ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและนับเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 16 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ครบ 5 ครั้ง ตามระยะเวลาที่กำหนดในโปรแกรม ครบทั้ง 16 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ออกให้ ณ วันที่ 16 พฤษภาคม 2561 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข) และได้รับเอกสารรับรอง

โครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ออกให้ ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2561 (ดังเอกสารในภาคผนวก ข)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลในรายงานการวิจัยจะเสนอในภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการและการรักษา ผู้วิจัยปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและนับเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 16 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ครบ 5 ครั้ง ตามระยะเวลาที่กำหนดในโปรแกรม ครบทั้ง 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ใช้สำหรับการคัดกรองผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบ โดยเป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ อายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ระดับของภาวะสมองเสื่อม ชนิดของภาวะสมองเสื่อม และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ

ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อน โรคประจำตัว การได้รับความรู้ในการดูแล สมาชิกในครอบครัว คะแนนภาระของผู้ดูแล คะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ดูแล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

1.2 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) ของ Zarit (Zarit et al., 1980) แปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547) ซึ่งได้ทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 โดยแบบสอบถามภาระของผู้ดูแลนี้เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ (ดังแสดงในภาคผนวก ค) การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ระดับการรับรู้	คะแนนรายข้อ
ประจำ	4
บ่อยๆ	3
เป็นครั้งคราว	2
นานๆครั้ง	1
ไม่เคยเลย	0

เมื่อนำคะแนนที่ได้จากการสอบถามมารวมกัน ระดับคะแนนที่แสดงถึงภาระของผู้ดูแล มีดังนี้ (Zarit et al., 1980)

ระดับคะแนน	ระดับภาระของผู้ดูแล
0 – 20	เล็กน้อยหรือไม่มี
21 – 40	น้อยถึงปานกลาง
41 – 60	ปานกลางถึงรุนแรง
61 – 88	รุนแรง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้สำหรับการคัดกรองผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ (ดังแสดงในภาคผนวก ค) โดยมีจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนี้

ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)

ผู้ที่เรียนจบระดับประถมศึกษา จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผู้ที่เรียนจบระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ สื่อใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลใช้ในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้อย่างชัดเจน โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลการจัดกิจกรรมก่อนระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที ด้วยการทบทวนชีวิตคู่ 60 นาที และให้ความรู้ 30 นาที ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน และการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ซึ่งได้มีการบูรณาการการให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลไว้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการทบทวนชีวิตคู่ โดยมีขั้นตอนดำเนินการสร้างโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และรายงานวิจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทบทวนชีวิต การทบทวนชีวิตคู่ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อวิเคราะห์และนำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ โดยการสรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรม โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีสาระสำคัญตามกระบวนการทบทวนชีวิตคู่ตามแนวคิดของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ทั้ง 5 ขั้นตอน คือ การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน และการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต และได้มีการบูรณาการการให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลไว้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการทบทวนชีวิตคู่

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมของกิจกรรม สื่อที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยการประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 สื่อใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ ได้แก่

2.2.1 หนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book) เป็นหนังสือที่สร้างขึ้นจากเรื่องราวของคู่สามีภรรยาที่ได้จากการทบทวนชีวิตคู่ในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเป็นการทบทวนชีวิตคู่ทั้ง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงชีวิตตอนต้น ช่วงชีวิตตอนกลาง และช่วงชีวิตปัจจุบัน ร่วมกับการค้นหาของที่ระลึกของคู่สามีภรรยา เช่น รูปภาพ ข้าวของเครื่องใช้ หนังสือเอกสารที่แสดงถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น โดยในแต่ละสัปดาห์จะให้คู่สามีภรรยาช่วยกันเลือกของที่ระลึก คิดหัวข้อคำอธิบายในเรื่องราวทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยจะนำมาสรุปและเรียบเรียงให้เรียบร้อยอีกครั้ง แล้วจึงนำกลับมาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาร่วมกันในสัปดาห์ถัดไป และในสัปดาห์สุดท้ายจะนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่เสร็จสมบูรณ์แล้วนั้นให้คู่สามีภรรยาและญาติของคู่สามีภรรยาที่บ้าน เช่น ลูกหลาน ได้อ่านร่วมกัน เพื่อให้คู่สามีภรรยาเกิดความรู้สึกว่าหนังสือเล่มนี้เป็นเรื่องราวของเขาทั้งคู่โดยสมบูรณ์ (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

2.2.2 สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจาก

ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นเนื้อหาที่มีภาพประกอบคำบรรยายภาษาไทย ร่วมกับการพูดอธิบายของผู้วิจัย (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ประกอบด้วย

เรื่องที่ 1 การทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของภาวะสมองเสื่อม ระยะของภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการแสดงในแต่ละระยะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุเนื่องมาจากการดำเนินของโรค ใช้ระยะเวลาให้ความรู้และตอบข้อซักถาม 30 นาที

เรื่องที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางที่สามารถดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมกับอาการของโรคในแต่ละระยะ ใช้ระยะเวลาให้ความรู้และตอบข้อซักถาม 30 นาที

เรื่องที่ 3 เกมบริหารสมอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับเกม 3 เกม ได้แก่ เกมบวกลบคูณหารเลขต้านลืม เกมฝึกสมองสองซีก และเกมเติมเข็มนาฬิกาให้สมบูรณ์ โดยผู้วิจัยปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างร่วมด้วย และให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสคอยเป็นผู้ช่วยเหลือขณะเล่นเกม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เรียนรู้กิจกรรมที่ช่วยในการบริหารสมอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีกิจกรรมทำร่วมกัน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ ใช้ระยะเวลาให้ความรู้และตอบข้อซักถาม 30 นาที

เรื่องที่ 4 หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการดูแล เช่น การปวดหลัง ปวดไหล่ และจิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิตของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญมากต่อผู้สูงอายุ โดยพบว่าถ้าหากผู้ดูแลมีภาวะเครียด ไม่แจ่มใส หงุดหงิด โมโหง่าย ผู้สูงอายุก็จะไม่มีความสุข ดังนั้นสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาให้ความรู้และตอบข้อซักถาม 30 นาที

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เรื่องที่ 5 องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้ เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ ใช้ระยะเวลาให้ความรู้และตอบข้อซักถาม 30 นาที

2.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย 1) การทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ 2) แนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม 3) เกมบริหารสมอง 4) หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 5) องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยจัดทำรูปเล่มขนาด A4 ที่มีเนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย และเป็นการทบทวนความรู้ทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ไว้ในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายเหมาะสมกับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีลักษณะเป็นแบบบันทึกจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งสังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสขณะเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ พร้อมทั้งบันทึกปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง (ดังแสดงในภาคผนวก ค) โดยคิดเกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 100 ของจำนวนครั้งในกิจกรรมทั้งหมด โดยจำนวนครั้งทั้งหมดของกิจกรรม คือ 5 ครั้ง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้ง จึงผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 16 คน ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ครบ 5 ครั้ง ตามระยะเวลาที่กำหนดในโปรแกรม ครบทั้ง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและแบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะสมองเสื่อม 1 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้สูงอายุ 2 คน

พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

นักกิจกรรมบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุ 1 คน

ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษา สรุปได้ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อเสนอแนะในการเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับรายได้ว่าเพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอมีแหล่งสนับสนุนหรือไม่ จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อนใน 1 วัน และความต้องการความรู้เพิ่มเติมในการดูแล

1.2 โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ คำถามทุกคำถามมีความเหมาะสมต่อการทบทวนชีวิตคู่ และมีข้อเสนอแนะในการเพิ่มข้อคำถามที่สะท้อนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้ระลึกถึงความดีของกันและกัน เช่น เหตุการณ์หรือปัญหาที่เป็นอุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การมีส่วนช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของกันและกัน การปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกันในช่วงที่มีปัญหาความจำ เป็นต้น นอกจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน หลังจากนำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสสามารถเข้าใจภาษาที่ใช้ในโปรแกรมได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ในโปรแกรม

1.3 คู่มือความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

1.4 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

1.5 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาระของผู้ดูแลไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ณ คลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี และนำมาคำนวณหาค่าที่ยอมรับได้ คือ ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยมีเกณฑ์พิจารณา คือ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้วผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2001) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .90

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 1 กันยายน พ.ศ. 2561 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินการในคลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีขั้นตอนดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้และความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ความรู้ในด้านการทบทวนชีวิตคู่ และภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1.1.1 ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการทบทวนชีวิต การทบทวนชีวิตคู่ ภาระของผู้ดูแล และบทบาทของพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

1.1.2 ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนวิชากระบวนการและทักษะการช่วยเหลือเชิงจิตวิทยาการปรึกษา (Helping process and counseling skills) รหัสวิชา 3802501 ของคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นเวลา 1 ภาคการศึกษา เพื่อให้เกิดทักษะความเข้าใจในบุคคล การเข้าถึงบุคคล การสร้างเสริมสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเทคนิคต่างๆ ที่เหมาะสม ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในชั้นเรียน

1.1.3 ผู้วิจัยเรียนปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์โดยตลอดซึ่งอาจารย์ที่ปรึกษาได้ผ่านการอบรมการทบทวนชีวิตคู่กับ Ingersoll-Dayton

1.2 ผู้วิจัยประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกิจกรรมการพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการเก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กิจกรรมการพยาบาล และการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยดำเนินการที่คลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากได้รับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสก่อนได้รับโปรแกรมด้วยแบบสอบถามภาระของผู้ดูแล และทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมิน และทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

ระยะเวลาที่ใช้ 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ตัวอย่างหนังสือเรื่องราวชีวิต 2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา

2) การให้คู่สามีภรรยาพูดคุยเกี่ยวกับการพบกันครั้งแรกและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรก เพื่อเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันและเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุเนื่องมาจากการดำเนินของโรค

4) การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 1

5) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

6) การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

7) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

8) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

9) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

ระยะเวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 1 2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่ การแบ่งหน้าที่กันในการเลี้ยงดูลูก เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นของการใช้ชีวิตคู่

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้รับความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละระยะ

3) การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 2

4) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 1 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

5) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

6) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

7) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

8) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

ระยะเวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคูในสัปดาห์ที่ 2 2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องเกมบริหารสมอง 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของกันและกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมที่ชอบทำร่วมกันและการปรับตัวในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเกมบริหารสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เรียนรู้กิจกรรมที่ช่วยในการบริหารสมอง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีกิจกรรมทำร่วมกันซึ่งสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ

3) การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 3

4) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคูในสัปดาห์ที่ 2 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

5) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

6) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

7) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

8) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

ระยะเวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3 2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกัน ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิตวัยเกษียณ กิจกรรมที่ทำร่วมกันแล้วรู้สึกดีมีคุณค่า ความหวังหรือความต้องการในอนาคต และสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 4

4) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

5) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

6) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

7) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

8) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต

ระยะเวลา 90 นาที **สถานที่** บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในทุกสัปดาห์ 2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่ององค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา (ดังแสดงในภาคผนวก ค) เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ

3) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับหรือสิ่งที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม

4) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่

5) การสนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา

6) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

7) ปิดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยชี้แจงให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ไว้ในภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรม SPSS ตามลำดับ ดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนภาระของผู้ดูแลเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนภาระของผู้ดูแลเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของผลการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

กิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

1) การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา 2) การพูดคุยกับคู่สามีภรรยาเกี่ยวกับการพบกันและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรก และค้นหาของที่ระลึกจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ 4) การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 5) การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

↓

กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น (สัปดาห์ที่ 2) ได้แก่

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่ การเลี้ยงดูลูก และค้นหาของที่ระลึกจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม 3) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ได้จากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 1 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาร่วมกัน 4) การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

↓

กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง (สัปดาห์ที่ 3) ได้แก่

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำที่ของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของกันและกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมที่ทำร่วมกัน และการค้นหาของที่ระลึกจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเกมบริหารสมอง 3) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ได้จากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 2 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาร่วมกัน 4) การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

↓

กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน (สัปดาห์ที่ 4) ได้แก่

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกัน ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิตวัยเกษียณ กิจกรรมที่ทำร่วมกันแล้วรู้สึกดีมีคุณค่า ความหวังหรือความต้องการในอนาคต และสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา และการค้นหาของที่ระลึกจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ได้จากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาร่วมกัน 4) การประเมินภาระของผู้ดูแล

↓

กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต (สัปดาห์ที่ 5) ได้แก่

1) การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล 3) การสนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา 4) การประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ทำการวัดซ้ำ 6 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่กำหนด (One-Group Repeated Measures) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ อายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ระดับของภาวะสมองเสื่อม และชนิดของภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	87.50
หญิง	2	12.50
อายุ ($\bar{X}$ = 78.50, S.D. = 4.13, Min = 71, Max = 84)		
70-74 ปี	2	12.50
75-79 ปี	6	37.50
80-84 ปี	8	50.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	12.50
มัธยมต้น	3	18.75
มัธยมปลาย/ปวช	2	12.50
ปริญญาตรี	6	37.50
สูงกว่าปริญญาตรี	3	18.75
ศาสนา		
พุทธ	15	93.75
อิสลาม	1	6.25
อาชีพ (อดีต)		
รับจ้าง	3	18.75
ค้าขาย	2	12.50
รับราชการ	10	62.50
เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	1	6.25

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุ ($\bar{X}$ = 73.75, S.D. = 5.66, Min = 62, Max = 81)		
60-64 ปี	2	12.50
65-69 ปี	0	0
70-74 ปี	5	31.25
75-79 ปี	7	43.75
80-84 ปี	2	12.50
ระดับของภาวะสมองเสื่อม		
ระดับเล็กน้อย	11	68.75
ระดับปานกลาง	5	31.25
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม		
Alzheimer's disease	15	93.75
Vascular dementia	1	6.25

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 78.50 ปี (S.D. = 4.13) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 80-84 ปี มากที่สุดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ 75-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 18.75 และระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 18.75 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.75 อาชีพในอดีตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 18.75 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 12.50 และเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 6.25 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุเฉลี่ย 73.75 ปี (S.D. = 5.66) โดยพบว่าเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมในช่วงอายุ 75-79 ปี มากที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ 70-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.25 โดยส่วนใหญ่มีระดับของภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดคือ Alzheimer's disease จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือ Vascular dementia จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อน โรคประจำตัว การได้รับความรู้ในการดูแล สมาชิกในครอบครัว คะแนนภาระของผู้ดูแล และคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	12.50
หญิง	14	87.50
อายุ ($\bar{X}$ = 73.44, S.D. = 7.19, Min = 54, Max = 83)		
50-54 ปี	1	6.25
55-59 ปี	0	0
60-64 ปี	0	0
65-69 ปี	4	25.00
70-74 ปี	5	31.25
75-79 ปี	3	18.75
80-84 ปี	3	18.75
การศึกษา		
ประถมศึกษา	3	18.75
มัธยมต้น	2	12.50
มัธยมปลาย/ปวช	4	25.00
ปริญญาตรี	5	31.25
สูงกว่าปริญญาตรี	2	12.50
ศาสนา		
พุทธ	15	93.75
อิสลาม	1	6.25

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 16)	ร้อยละ
อาชีพ (ปัจจุบัน)		
ไม่ได้ทำงาน	11	68.75
รับจ้าง	2	12.50
เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	1	6.25
เจ้าของกิจการ	2	12.50
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000 บาท	1	6.25
5000-10000 บาท	0	0
10000-30000 บาท	8	50.00
มากกว่า 30000 บาท	7	43.75
รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่		
เพียงพอ	16	100.00
ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลคู่สมรสตั้งแต่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ($\bar{X}$ = 4.94, S.D. = 3.75, Min = 1, Max = 15)		
1-5 ปี	12	75.00
6-10 ปี	2	12.50
11-15 ปี	2	12.50
ระยะเวลาในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา ($\bar{X}$ = 47.56, S.D. = 8.52, Min = 22, Max = 57)		
20-29 ปี	1	6.25
30-39 ปี	0	0
40-49 ปี	8	50.00
50-59 ปี	7	43.75
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ($\bar{X}$ = 13.63, S.D. = 2.16, Min = 10, Max =16)		
8-12 ชั่วโมง	10	62.50
13-17 ชั่วโมง	6	37.50

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อนใน 1 วัน ($\bar{X}$ = 6.88, S.D. = 1.36, Min = 4, Max = 9)		
3-5 ชั่วโมง	3	18.75
6-8 ชั่วโมง	12	75.00
9-11 ชั่วโมง	1	6.25
โรคประจำตัวของผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ความดันโลหิตสูง	9	56.25
ไขมันในเลือดสูง	5	31.25
กระดูกพรุน	2	12.50
ข้อเข่าเสื่อม	2	12.50
หัวใจ	2	12.50
อื่นๆ ได้แก่ เบาหวาน ต้อหิน ต่อมลูกหมากโต ตับแข็ง ไทรอยด์มีพิษ กระดูกกดทับเส้นประสาท	6	37.50
การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม / การดูแลตนเองของผู้ดูแล		
มี จากแพทย์ พยาบาล หนังสือ สื่อออนไลน์ การฟังบรรยาย	11	68.75
ไม่มี	5	31.25
ท่านต้องการความรู้เพิ่มเติมหรือไม่		
ต้องการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมผู้ป่วย	16	100
ไม่ต้องการ	0	0
สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 2.18, Min = 2, Max = 9)		
2-4 คน	11	68.75
5-7 คน	3	18.75
8-10 คน	2	12.50

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลด้วยหรือไม่		
มีส่วนร่วม คือ ลูก โดยการพาไปพบแพทย์หรือให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ	16	100
คะแนนภาระของผู้ดูแล ($\bar{X}$ = 31.19, S.D. = 10.46, Min = 10, Max = 48)		
0-20 คะแนน (เล็กน้อยหรือไม่มี)	1	6.25
21-40 คะแนน (น้อยถึงปานกลาง)	11	68.75
41-60 คะแนน (ปานกลางถึงรุนแรง)	4	25.00
คะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ดูแล ($\bar{X}$ = 28.44, S.D. = 1.63, Min = 24, Max = 30)		
พิจารณาจากจุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ดังนี้		
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก) ≤ 14 คะแนน	0	0
จบประถมศึกษา ≤ 17 คะแนน	0	0
สูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 คะแนน	0	0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.44 ปี (S.D. = 7.19) อายุอยู่ในช่วง 70-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.25 รองลงมาคือ 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.75 ในปัจจุบันผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.75 และน้อยที่สุด คือ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 6.25 โดยรายได้ต่อเดือนนี้เป็นรายได้ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุรวมกัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญด้วยกันทั้งคู่ บางรายยังคงมีกิจการที่ยังดำเนินการอยู่ ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยที่สุดนั้น เนื่องจากไม่ได้ทำงานและไม่มีเงินบำนาญ จึงมีรายได้จากการที่ลูกให้ไว้ในแต่ละเดือน โดยผู้ดูแลทุกคนมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลคู่สมรสตั้งแต่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ย

เท่ากับ 4.94 ปี (S.D. = 3.75) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 โดยระยะเวลาที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลคู่สมรสตั้งแต่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมนานที่สุด คือ 15 ปี และน้อยที่สุด คือ 1 ปี ผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่างใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมาเฉลี่ย 47.56 ปี (S.D. = 8.52) โดยอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคู่สมรสใน 1 วันเฉลี่ย 13.63 ชั่วโมง (S.D. = 2.16) อยู่ในช่วง 8-12 ชั่วโมงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ 13-17 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อนใน 1 วันเฉลี่ย 6.88 ชั่วโมง (S.D. = 1.36) ส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนในช่วง 6-8 ชั่วโมงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 โรคประจำตัวของผู้ดูแลที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาล หนังสือ สื่อออนไลน์ และการฟังบรรยาย คิดเป็นร้อยละ 11 ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับความรู้คิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งผู้ดูแลทุกคนมีความต้องการรับความรู้เพิ่มเติมในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 100 สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันเฉลี่ย 4.25 คน (S.D. = 2.18) โดยส่วนมากอยู่ในช่วง 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 ซึ่งสมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ คือ ลูก ด้วยการพาไปพบแพทย์หรือให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ คะแนนภาระของผู้ดูแลเฉลี่ย 31.19 คะแนน (S.D. = 10.46) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ช่วง 21-40 คะแนน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 คะแนน รองลงมา คือระดับปานกลางถึงรุนแรง ช่วง 41-60 คะแนน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25 โดยคะแนนภาระของผู้ดูแลสูงที่สุดคือ 48 คะแนน และต่ำที่สุดคือ 10 คะแนน และในการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลทุกคนไม่มีภาวะสมองเสื่อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้ง

ตารางที่ 4 คะแนนภาระของผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 16 ราย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม

n = 16	คะแนนภาระของผู้ดูแล					
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1	ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2	ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 3	ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4	หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม
1	22	19	16	13	11	9
2	43	43	41	23	21	23
3	32	31	30	27	8	6
4	44	40	30	25	24	21
5	10	8	5	6	4	3
6	21	19	16	15	10	8
7	47	49	50	50	38	37
8	26	23	19	17	13	10
9	28	23	10	9	8	5
10	29	27	26	18	17	16
11	35	35	34	33	33	31
12	24	22	20	19	13	10
13	34	34	35	34	30	24
14	48	47	46	43	39	34
15	32	30	24	23	22	20
16	24	22	17	14	9	8
คะแนนรวม	**499**	**472**	**419**	**369**	**300**	**265**
S.D.	10.46	11.31	12.77	12.05	11.26	10.89
Mean	**31.19**	**29.50**	**26.19**	**23.06**	**18.75**	**16.56**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมอยู่ระหว่าง 31.19-16.56 คะแนน โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาระของผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 10-48 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.19 คะแนน ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลเท่ากับ 29.50 คะแนน ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลเท่ากับ 26.19 คะแนน ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลเท่ากับ 23.06 คะแนน ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลเท่ากับ 18.75 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนภาระของผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 3-37 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.56 คะแนน

แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ โดยจะสังเกตได้ว่าคะแนนภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสบางรายลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความใกล้ชิดกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เช่น การนั่งเข้าใกล้กันมากขึ้น การพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลขึ้น การสบตากันระหว่างพูดคุย การจับมือกัน การแสดงความห่วงใยที่มีต่อกัน การพูดชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นต้น โดยปฏิสัมพันธ์เหล่านี้เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ในแต่ละสัปดาห์ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้คะแนนภาระของผู้ดูแลลดลงอย่างเห็นได้ชัด และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกรายมีคะแนนภาระของผู้ดูแลลดลง

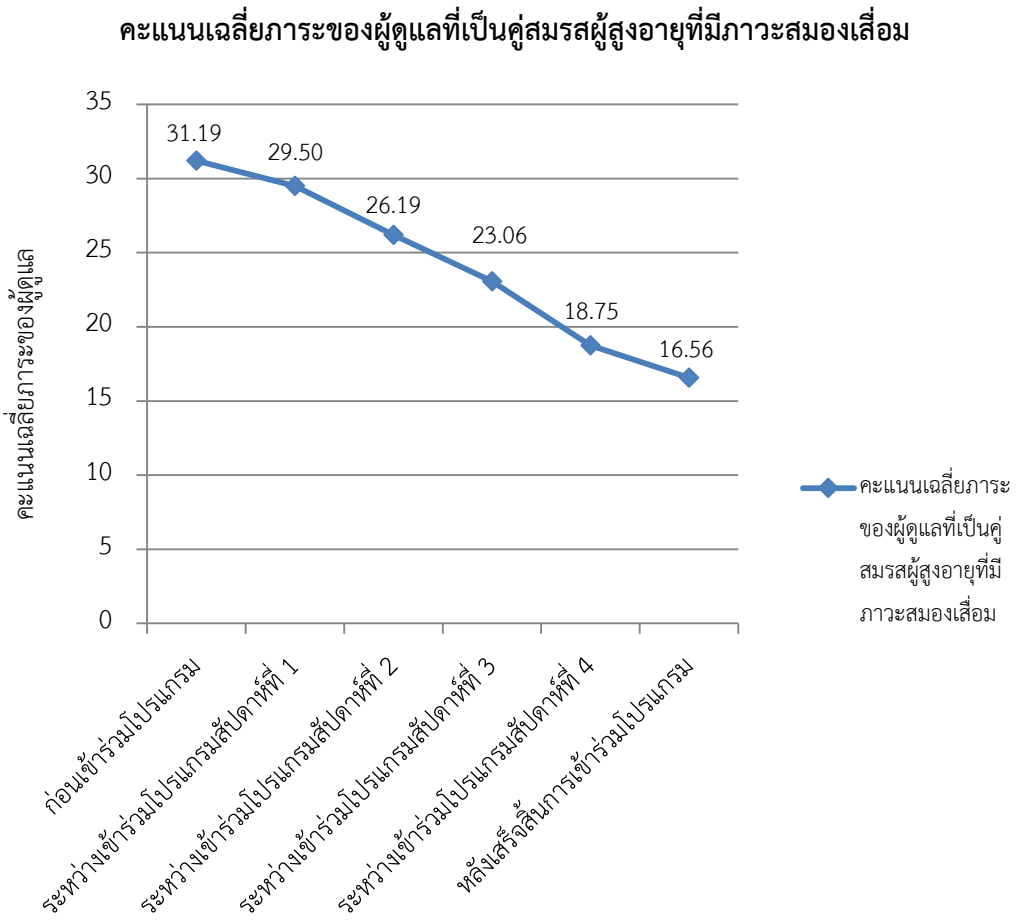
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนภาระของผู้ดูแล	Mean	S.D.	F-test	P-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	31.19	10.464	40.459	.000
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	29.50	11.308		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2	26.19	12.766		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3	23.06	12.047		
ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4	18.75	11.264		
หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม	16.56	10.887		

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 31.19 คะแนน คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับ 29.50, 26.19, 23.06 และ 18.75 คะแนน ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 16.56 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลทั้ง 6 ครั้ง มาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 40.459, P-value = .000) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาพที่ 4 คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison)

ภาระของผู้ดูแล	Mean different					
	Before (P-value)	Between1 (P-value)	Between2 (P-value)	Between3 (P-value)	Between4 (P-value)	After (P-value)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Before)		1.688 (.019)	5.000 (.026)	8.125 (.003)	12.438 (.000)	14.625 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 (Between1)			3.313 (.046)	6.438 (.006)	10.750 (.000)	12.938 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2 (Between2)				3.125 (.211)	7.438 (.003)	9.625 (.000)
ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 3 (Between3)					4.313 (.045)	6.500 (.002)
ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 (Between4)						2.188 (.003)
หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม (After)						-

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) เนื่องจากข้อมูลระหว่างกลุ่มมีความแปรปรวนไม่เท่ากัน จึงใช้การทดสอบด้วยวิธี Bonferroni method ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกับระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 แตกต่างกับหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. คะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแล เริ่มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ค่อนข้างมีจำนวนจำกัด และจำเป็นต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จึงเป็นการยากที่จะดำเนินการทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที 1 ครั้ง ระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการยืนยันผลที่ชัดเจนและเป็นจุดแข็งของการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียว (Polit and Beck, 2004)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่างและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สมมติฐานการวิจัย

ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริการคลินิกความจำ โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกความจำ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 16 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่เกิดจากความเสื่อมถอยในความสามารถของสมองในด้านความจำ การคิด การตัดสินใจ สมาธิหรือความใส่ใจ ร่วมกับการมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

3. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะต้องเป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน มาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

4. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะต้องเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

5. เป็นคู่สามีภรรยาที่ใช้ชีวิตร่วมกันมาอย่างน้อย 10 ปี

6. เป็นคู่สามีภรรยาที่ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

7 เป็นคู่สามีภรรยาที่สามารถอ่านออกและเขียนได้ดี

8. เป็นคู่สามีภรรยาที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและนับเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 16 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ครบทั้ง 5 ครั้ง ตามระยะเวลาที่กำหนดในโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ใช้สำหรับการคัดกรองผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ อายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ระดับของภาวะสมองเสื่อม ชนิดของภาวะสมองเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อน โรคประจำตัว การได้รับความรู้ในการดูแล สมาชิกในครอบครัว คะแนนภาระของผู้ดูแล คะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ดูแล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

1.2 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) ของ Zarit (Zarit et al., 1980) แปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547) ซึ่งได้ทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค เท่ากับ .87 และผู้วิจัยได้นำมาทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

1.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) ใช้สำหรับการคัดกรองผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ สื่อใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

2.2 สื่อใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ ได้แก่

2.2.1 หนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book) เป็นหนังสือที่สร้างขึ้นจากเรื่องราวของคู่สามีภรรยาที่ได้จากการทบทวนชีวิตคู่ในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเป็นการทบทวนชีวิตคู่ทั้ง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงชีวิตตอนต้น ช่วงชีวิตตอนกลาง และช่วงชีวิตปัจจุบัน

2.2.2 สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

2.2.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 1 กันยายน พ.ศ. 2561 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดำเนินการในคลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการเก็บข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กิจกรรมการพยาบาล และการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยดำเนินการที่คลินิกความจำ โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากได้รับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสก่อนได้รับโปรแกรมด้วยแบบสอบถามภาระของผู้ดูแล และทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมิน และทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 : กิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ (สัปดาห์ที่ 1)
ครั้งที่ 2 : กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น (สัปดาห์ที่ 2)
ครั้งที่ 3 : กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง (สัปดาห์ที่ 3)
ครั้งที่ 4: กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน (สัปดาห์ที่ 4)
ครั้งที่ 5 : กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต (สัปดาห์ที่ 5)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรม SPSS ตามลำดับ ดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวระหว่างคะแนนภาระของผู้ดูแลเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนภาระของผู้ดูแลเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ของผลการประเมินก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลงต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย คือ ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

ผลการวิจัยพบว่า ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาระ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ที่ได้รับผลกระทบจากการดูแล (Zarit, Todd and Zarit, 1986) เนื่องจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทักษะการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (communication problem) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อันนำไปสู่การเกิดภาระ (burden) ของผู้ดูแล (Savundranayagam et al., 2005) ซึ่งปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Murray et al., 1999) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ทำให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง (Evans and Lee, 2014) เมื่อเกิดปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นพลวัตรอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันน้อยลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข (Ingersoll-Dayton et al., 2016) อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล (Campbell et al., 2008)

นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นนั้น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลพยายามขัดขวางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้นแต่ไม่ได้ผล ซึ่งให้ผลในทางตรงกันข้าม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; ธีรวรรณ คนชม, 2552; Gray and Isaacs, 1979; Reifler and Wu, 1982)

ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นก็จะเข้ารับการรักษาที่คลินิกความจำ (memory clinic) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทในการให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและผู้ดูแลได้ดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายใจที่ดี ส่งผลดีต่อทั้งผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันพยาบาลผู้สูงอายุก็ต้องหาวิธีการในการช่วยให้ผู้ดูแลมีภาระลดลงด้วยเช่นกัน

พยาบาลผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ถือเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแลที่ต้องประสบกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยบกพร่องในการรับรู้และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแล ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกความจำของโรงพยาบาล ซึ่งให้บริการในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว เข้าใจและยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจอย่างถูกต้องและเหมาะสม รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ได้แก่ การทบทวนชีวิตคู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างการพูดคุยสื่อสาร ระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

จากแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) เป็นกระบวนการในการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กัน ได้ระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูด สีหน้าท่าทาง และการสัมผัสที่อ่อนโยน อันเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา โดยการทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับการพบกันและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรก เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา 2) การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นของการใช้ชีวิตคู่ 3) การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึง

ความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน 4) การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป 5) การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต โดยในทุกขั้นตอนของการทบทวนชีวิตคู่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีการค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวกับเรื่องราวความทรงจำร่วมกันและบันทึกไว้ในหนังสือเรื่องราวชีวิต การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตนี้เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึกและตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา จากเหตุผลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กัน ได้ระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนชีวิตคู่ เพื่อลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส และผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ขึ้น โดยนำแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลควบคู่กันไปเพื่อลดภาระของผู้ดูแล โดยการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างการพูดคุยสื่อสาร ซึ่งเป็นการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งเกิดความรู้ความเข้าใจในอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินของโรค ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่สามารถลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่

เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน ระหว่างและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแล ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 5) แสดงว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ที่จัดทำขึ้น (Treatment) มีผลทำให้ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง

เนื่องจากกระบวนการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทำให้คู่สามีภรรยาเกิดการยืนยันในคู่สมรส (Partner affirmation) ด้วยการบอกรัก การชื่นชมซึ่งกันและกัน การจับมือกัน และกระตุ้นความทรงจำของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยของที่ระลึก เช่น รูปภาพ ที่มีความทรงจำร่วมกันกับคู่สมรส เกิดการพัฒนาการมีส่วนร่วม (Improved engagement) ด้วยการทบทวนชีวิตคู่ การค้นหาของที่ระลึกร่วมกัน การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตให้เพื่อนและลูกหลานดู และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระหว่างให้ความรู้ เกิดการจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย (Handling losses) ด้วยการบอกเล่าถึงช่วงเวลาที่มีคุณค่าที่เคยอยู่ร่วมกัน คุณความดีของบุคคลที่สูญเสีย และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และเกิดการมีความสุขในชีวิตคู่ (Fullness of life as a couple) ด้วยการแสดงความรัก ความห่วงใย และการให้คำมั่นสัญญาต่อกันว่าจะดูแลกันไปตลอดชีวิต อีกทั้งผู้ดูแลได้เกิดความรู้ความเข้าใจในอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการเหล่านี้เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส อันนำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

นอกจากนี้จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลรายคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ แตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่สัปดาห์ที่ 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลลดลงอย่างชัดเจนระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 (ตารางที่ 6) แสดงว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่มีผลทำให้ภาระของผู้ดูแลลดลงโดยใช้เวลาดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 3 สัปดาห์

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาการทบทวนชีวิตคู่เพื่อลดภาระของผู้ดูแล ได้แก่ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ได้ศึกษาการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ใช้ระยะเวลาในการทบทวนชีวิตคู่ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น ในขณะพูดคุยถึงความทรงจำที่มีร่วมกัน ขณะเลือกของที่ระลึกและเสนอความคิดเห็นร่วมกันสำหรับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต และมีการแสดงความรักที่มีต่อกัน เช่น การนั่งเข้าใกล้กัน การจับมือ การแสดงความห่วงใยที่มีต่อกัน การโอบไหล่กันด้วยความอบอุ่น รวมทั้งการให้ความเชื่อมั่น และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Haight et al. (2003) ที่ได้ศึกษาผลของการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวโดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้รับการทบทวนชีวิตและทำหนังสือเรื่องราวชีวิต กลุ่มสอง คือ เฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิต และกลุ่มที่สาม คือ กลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งได้รับการทบทวนชีวิตและทำหนังสือเรื่องราวชีวิตมีอารมณ์ (mood) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.04$) สำหรับกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และกลุ่มที่มีเฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิต พบว่าความรู้สึกมีภาระ (burden) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการทบทวนชีวิต ซึ่งพบว่าความรู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.06$) ร่วมกับมีความกังวลในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (behavior and problems) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการทบทวนชีวิตมีความกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการทบทวนชีวิต พบว่ามีความกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Subramaniam et al. (2014) ได้ศึกษาผลของการทบทวนชีวิตและการทำหนังสือเรื่องราวชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มที่หนึ่ง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการทบทวนชีวิตร่วมกับผู้ดูแลที่ช่วยในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต และกลุ่มที่สอง คือ ญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้จัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตเพื่อเป็นของขวัญให้กับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับหนังสือเรื่องราวชีวิต และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มแรกได้รับการทบทวนชีวิตร่วมด้วยแล้วนั้น พบว่าคุณภาพของสัมพันธภาพในทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Campbell et al. (2008) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลและการทำนายของปัจจัยเหล่านั้นต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ คือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลและสามารถทำนายการเกิดภาระของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 81.6

จากข้อมูลงานวิจัยและแนวคิดเหตุผลที่สนับสนุนในการอภิปรายผลการวิจัย จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสลดลง เนื่องจากการทบทวนชีวิตคู่ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล เป็นกระบวนการในการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กัน ได้ระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูด สีหน้าท่าทาง และการสัมผัสที่อ่อนโยน อันเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งเกิดความรู้ความเข้าใจในอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นผลเนื่องมาจากการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น การเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสดีขึ้น นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล

ดังจะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เนื่องจากการดำเนินของโรคส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเรื่อยๆและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส จึงต้องอาศัยการผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ในการให้การพยาบาลทั้งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยการทบทวนชีวิตคู่เป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา ในด้านการรักษาที่เน้นอารมณ์ (emotion-oriented) เพื่อนำไปสู่การฟื้นความจำ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมอารมณ์และความจำให้ดีขึ้น และเป็นการรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) ด้วยการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล (emotional support) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดีทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีได้เช่นเดียวกัน (สถาบันประสาทกรมการแพทย์, 2557) จากการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ส่งผลในเชิงบวกต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้มีสุขภาวะที่ดีและมีทักษะในการแก้ไขปัญหามากขึ้น (Burgener and Twigg, 2002) การเสื่อมถอยของสมองช้าลง (Norton et al., 2009) และอาการแสดงของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปลดลง (Perren et al., 2007) ในขณะเดียวกันสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ยังส่งผลในเชิงบวกต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสด้วยเช่นกัน โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดภาระของผู้ดูแล (Spaid and Barush, 1994) ซึ่งการทบทวนชีวิตคู่นี้เป็นกระบวนการในการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเกิดปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้คุณภาพของสัมพันธภาพเพิ่มขึ้น (Subramaniam et al., 2014) นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล (Haight et al., 2003)

ทั้งนี้การดำเนินโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่างของระยะอาการและอาการแสดง ประสบการณ์และภูมิหลังของครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; ธีรวรรณ คนชม, 2552) ดังนี้

1. บทบาทของผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการดูแลของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ในการทบทวนชีวิตคู่จะทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละรายบุคคล ทำให้เห็นถึงปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่กระบวนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละรายบุคคลทั้งในด้านอาการ อาการแสดงและการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อพยาบาลผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในตัวบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้ว ก็จะนำไปสู่การให้ความรู้และการพยาบาลที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจต่อการให้การดูแลผู้ป่วย ยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล เข้าใจในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย นำไปสู่การเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ในที่นี้หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแล หรือจากอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ที่บางครั้งผู้ดูแลอาจไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ในการทบทวนชีวิตคู่จะทำให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าความรู้สึกถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแล อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยพยาบาลรับรู้ได้ทั้งจากคำบอกเล่าของผู้ดูแลและผู้ป่วยถึงความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งการสังเกตของพยาบาล ทำให้พยาบาลผู้ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแล และเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถให้คำแนะนำหรือกระตุ้นให้มองหาทางเลือก ให้ข้อมูลตามความจริงในแนวทางที่จะใช้เพื่อแก้ไขปัญหาโดยให้เห็นข้อดีข้อเสียในแต่ละวิธีการ เพื่อให้ผู้ดูแลพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ โดยคำนึงถึงความสามารถของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

3. บทบาทของผู้ประสานงาน ในที่นี้หมายถึง การทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งในกระบวนการทบทวนชีวิตคู่นั้นพยาบาลจะสังเกตเห็นถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยทั้งจากการบอกเล่าของผู้ดูแลและที่พยาบาลสังเกตได้ เช่น การที่ผู้ป่วยลืมเคี้ยว ลืมกลืนในขณะรับประทานอาหาร ที่อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักหรือร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการดูแลและแจ้งอาการเหล่านี้กับแพทย์ผู้รักษาหรือถ้าหากพยาบาลปฏิบัติหน้าที่โดยตรงก็สามารถแจ้งกับแพทย์ผู้รักษาได้โดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ด้วยการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. บทบาทผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เนื่องจากพยาบาลถือได้ว่าเป็นบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การทบทวนชีวิตคู่จึงเป็นอีกหนึ่งในรูปแบบของการดูแลที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพจิตใจและสภาวะอารมณ์ รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ ด้วยการให้การช่วยเหลือโดยการพูดคุย การแสดงความเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้ดูแลและผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การให้กำลังใจในยามท้อแท้หมดหวัง เหล่านี้ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจการดูแลผู้ป่วยต่อไป อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และหาวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนที่กล่าวมา จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ด้วยบทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกความจำของโรงพยาบาลซึ่งให้บริการในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ด้วยการเข้าใจในผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ได้เห็นถึงภูมิหลัง สัมพันธภาพ และการสื่อสารที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล นำไปสู่กระบวนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป อีกทั้งยังเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในการระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูด สีหน้าท่าทาง และการสัมผัสที่อ่อนโยน อันเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยที่

มีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล

ข้อสังเกตสำหรับการนำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ไปใช้

1. ต้องมีการแจ้งเตือนผู้สูงอายุล่วงหน้าก่อนวันที่จะดำเนินกิจกรรมในทุกๆครั้ง เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นมีปัญหาในด้านความคิดความจำ

2. ระหว่างการทบทวนชีวิตคู่อาจมีบางช่วงที่คู่สมรสแสดงความรู้สึกน้อยใจ ตัดพ้อคู่สมรส ซึ่งผู้วิจัยควรรับฟัง แต่ไม่ควรแสดงความคิดเห็นเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เพราะจะทำให้คู่สมรสรู้สึกว่าผู้วิจัยรู้สึกขัดแย้งกับตนและจะไม่ไว้ใจผู้วิจัย และจะต้องเปิดโอกาสให้อีกฝ่ายแสดงความรู้สึกด้วยเช่นกัน เพื่อไม่ให้อีกฝ่ายรู้สึกว่าผู้วิจัยไม่รับฟังตน

3. ผู้วิจัยจะต้องมีส่วนช่วยให้คู่สมรสได้เห็นถึงข้อดีของกันและกัน เพื่อกระตุ้นให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อกัน ได้ระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขที่มีร่วมกันมา

4. ผู้วิจัยต้องมีความใจเย็นและผ่อนคลายในการดำเนินกิจกรรม

5. ผู้วิจัยต้องมีการสรุปประเด็นที่พูดคุยกันเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทบทวนชีวิตคู่

6. ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้งผู้วิจัยต้องทบทวนกิจกรรมที่ทำร่วมกันในครั้งก่อน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม

7. การบันทึกเสียงมีความจำเป็นต่อผู้วิจัยในการนำมาถอดเทปสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตในแต่ละสัปดาห์

8. ผู้วิจัยควรมีการกล่าวชื่นชม สนับสนุน ให้กำลังใจคู่สามีภรรยาในขณะดำเนินกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้คู่สามีภรรยาเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองและของอีกคน และเป็นการสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาดูแลซึ่งกันและกันเช่นนี้ตลอดไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เพื่อลดภาระของผู้ดูแล อันส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสนับสนุนให้พยาบาลผู้สูงอายุซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกความจำของโรงพยาบาล ซึ่งให้การบริการในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้เข้าไปให้การพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยสามารถนำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ไปใช้เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพในคู่สมรสและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เพื่อลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

2. การจัดกิจกรรมการพยาบาลการทบทวนชีวิตคู่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกลุ่มโรคอื่นๆที่เกิดภาระของผู้ดูแลในลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับการทบทวนชีวิตคู่ จะทำให้ทั้งคู่ได้ระลึกถึงเรื่องราวความทรงจำและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกัน ได้เห็นถึงความดีของกันและกัน ได้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อันเป็นการแสดงถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน มีมุมมองในอนาคตที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและดูแลซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งเป็นระยะก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านความจำ ที่อาจจะเริ่มส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการศึกษาในระยะนี้จึงอาจส่งผลดีต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสในการสร้างเสริมสัมพันธภาพก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งยังมีหนังสือเรื่องราวชีวิตไว้สำหรับการระลึกความทรงจำได้ต่อไป

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาวะสุขภาพด้านอื่นๆของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกในชีวิต เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.

กรมสุขภาพจิต. (2561). กรมสุขภาพจิตเผยผู้สูงวัยไทยสมองเสื่อม 8 แสนกว่าคน. Retrieved from www.dmh.go.th.

กรมอนามัย. (2557). วันรู้ทัน ป้องกันสมองเสื่อม. Retrieved from www.anamai.moph.go.th

กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อม โรคหรือวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คบไฟ.

เตือนใจ ภักดีพรหม. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงศุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และชลัญธร โยธาสมุทร. (2558). *ยากันลืม*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ธีรวรรณ คนชม. (2552). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ปิติพร สิริทิพากร. (2558). *คู่มือการพยาบาลการให้การดูแลและการเตรียมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *38*(2), 54-64.

พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58*(1), 101-110.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาธิบดีพยาบาล, 2*(1), 84-92.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.

ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ขันธรักษวงศ์. (2549). *สาระทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด.

วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม. (2535). *พจนานุกรม ไทย-อังกฤษ* (*Thai-English Dictionary)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรพิทยา.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25*(1), 1-12.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ คะเนนอก. (2551). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2558). *คู่มือความรู้และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสำหรับญาติและผู้ดูแล*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.

สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม.* กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. (2544). *การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธิดา แรกคำนวณ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57*(3), 335-346.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2551). *คู่มือยืดอายุสมอง*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อภิวรรณ แก้ววรรณรัตน์. (2546). *การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

อรวรรณ แผนคง. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Abrahamsen Grøndahl, V., Persenius, M., Bååth, C., & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff -- a systematic mixed studies review. *BMC Nursing, 16*, 1-11. doi:10.1186/s12912-017-0223-5

Alzheimer Research Center. (2003). Definition: Who is a Caregiver? Retrieved from http:// www.arc-tallahassee.org/caregiver/

Alzheimer's Association. (2012). Alzheimer's disease facts and figures. Retrieved from http:// www.alz.org/downloads/facts_figures_2012.pdf

American Psychiatric Association. (1995). *American Psychiatric Association diagnostic and statistic manual of mental disorder fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC: APA.

Bell and Gibbons. (1989). *Working with Carers: Information and Training for working with information carers of elderly people*. London: Health education Authority.

Burgener, S., & Twigg, P. (2002). Relationships Among Caregiver Factors and Quality of Life in Care Recipients with Irreversible Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders, 16*(2), 88-102.

Buron, B. (2010). Life history collages: effects on nursing home staff caring for residents

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 36*(12), 38-48. doi:10.3928/00989134-20100602-01

Campbell, P., Wright, J., Oyebode, J., Job, D., Crome, P., Bentham, P., . . . Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 23*(10), 1078-1085.

Cohen, D., & Eisdorfer, C. (2002). *The Loss of Self: A Family Resource for the Care of Alzheimer's Disease and Related Disorders*. New York: W. W. Norton & Company.

Department of Social Change and Mental Health. (2000). *Help for caregivers*. Geneva: WHO.

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.

Evans, D., & Lee, E. (2014). Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. *Dementia, 13*(3), 330-349.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.

Germain, S., Adam, S., Olivier, C., Cash, H., Ousset, P. J., Andrieu, S., . . . Salmon, E. (2009). Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease? *Journal of Alzheimer's disease, 17*(1), 105-114.

Gray, B., & Isaacs, B. (1979). *Care of the Elderly Mentally Infirm*. London: Tavistock.

Gwyther, L. P., & George, L. K. (1986). Caregivers for dementia patients: complex determinants of well-being and burden. *Gerontologist, 26*(3), 245-266.

Haight, B. K., Bachman, D. L., Hendrix, S., Wagner, M. T., Meeks, A., & Johnson, J. (2003). Life review: Treating the dyadic family unit with dementia. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 10*(3), 165-174.

Haight, B. K., & Burnside, I. (1993). Reminiscence and life review: Explaining the differences. *Archives of psychiatric nursing, 7*(2), 91-98.

Hoffman, L. R., & Mitchell, M. A. (1998). Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum, 33*(4), 5-12.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Ingersoll-Dayton, B., Spencer, B., Campbell, R., Kurokowa, Y., & Ito, M. (2016). Creating a duet: The couples life story approach in the United States and Japan. *Dementia, 15*(4), 481-493.

Ingersoll-Dayton, B., Spencer, B., Kwak, M., Scherrer, K., Allen, R. S., & Campbell, R. (2013). The couples life story approach: A dyadic intervention for dementia. *Journal of gerontological social work, 56*(3), 237-254.

International Longevity Center-Japan. (2012). *A profile of older Japanese 2012*. Tokyo: ILC-Japan.

International Longevity Center-Japan. (2013). *A profile of older Japanese 2013*. Tokyo: ILC-Japan.

Kolanowski, A. M., Fick, D., Waller, J. L., & Shea, D. (2004). Spouses of persons with dementia: their healthcare problems, utilization, and costs. *Research in nursing & health, 27*(5), 296-306.

Kuhn, D., & Bennett, D. A. (1999). *Alzheimer's early stages: First steps in caring and treatment*. Alameda, CA: Hunter House, Inc.

Lea Steadman, P., Tremont, G., & Duncan Davis, J. (2007). Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology, 20*(2), 115-119.

McLennon, S. M., Habermann, B., & Rice, M. (2011). Finding meaning as a mediator of burden on the health of caregivers of spouses with dementia. *Aging & Mental Health, 15*(4), 522-530.

Mittelman, M. S., Epstein, C., & Pierzzchala, A. (2003). *Counseling the Alzheimer's caregiver: A resource for health care professionals*. Chicago, IL: AMA Press.

Moon, H., & Adams, K. B. (2013). The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers. *Dementia, 12*(6), 821-839.

Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). EUROCARE: a cross‐national study of co‐resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II—a qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(8), 662-667.

Norton, M. C., Piercy, K. W., Rabins, P. V., Green, R. C., Breitner, J. C., Østbye, T., . . .

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Tschanz, J. T. (2009). Caregiver–recipient closeness and symptom progression in alzheimer disease. The Cache county dementia progression study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64*(5), 560-568.

Oberst, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale: AGS revised*. Madison: University of Wisconsin.

Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer nursing, 12*(4), 209-215.

Ory, M. G., Hoffman III, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist, 39*(2), 177-186.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing, 58*(5), 446-457.

Parker, G. (1992). Counting care: numbers and types of informal carers. *Carers: Research and practice*, 6-29.

Perren, S., Schmid, R., Herrmann, S., & Wettstein, A. (2007). The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attachment & human development, 9*(2), 163-178.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease process* (6 ed.). St. Louis: Mosby.

Reifler, B. V., & Wu. S. (1982). Managing families of the demented elderly. *The Journal of family practice, 14*, 1051-1056.

Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M., . . . Bonaiuto, S. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 20*(2), 168-174.

Rizzi, L., Rosset, I., & Roriz-Cruz, M. (2014). Global epidemiology of dementia:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Alzheimer's and vascular types. *BioMed research international, 2014*, 908915-908915. doi:2014/908915

Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L., & Montgomery, R. J. (2005). Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*(1), S48-S55.

Scherrer, K. S., Ingersoll-Dayton, B., & Spencer, B. (2014). Constructing couples' stories: narrative practice insights from a dyadic dementia intervention. *Clinical Social Work Journal, 42*(1), 90-100.

Schubert, C. C., Boustani, M., Callahan, C. M., Perkins, A. J., Hui, S., & Hendrie, H. C. (2008). Acute care utilization by dementia caregivers within urban primary care practices. *Journal of General Internal Medicine, 23*(11), 1736-1740.

Seow, D., Lin, K., & Yap, P. (2011). Family Caregivers and Caregiving in Dementia. *The Singapore Family Physician, 37*(3), 24-29.

Spaid, W. M., & Barusch, A. (1994). Emotional closeness and caregiver burden in the marital relationship. *Journal of gerontological social work, 21*(3-4), 197-212.

Subramaniam, P., Woods, B., & Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health, 18*(3), 363-375. doi:10.1080/13607863.2013.837144

Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist, 31*(1), 67-75.

Woodford, H., & George, J. (2007). Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *QJM: An International Journal of Medicine, 100*(8), 469-484.

World Health Organization. (2015). World Alzheimer Report 2015. Retrieved from www.who.int

World Health Organization. (2017). Dementia. Retrieved from www.who.int

Wright, L. K. (1991). The impact of Alzheimer's disease on the marital relationship. *The Gerontologist, 31*(2), 224-237.

Wu, Y.-T., Lee, H.-y., Norton, S., Chen, C., Chen, H., He, C., . . . Brayne, C. (2013). Prevalence studies of dementia in mainland China, Hong Kong and Taiwan: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 8*(6), e66252.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*(6), 649-655.

Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist, 26*(3), 260-266.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทหญิง แพทย์หญิงพัฒนศรี ศรีสุวรรณ
   อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. อาจารย์ญาดารัตน์ บาลจ่าย
   อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
   เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3. อาจารย์สมทรง จุไรทัศนีย์
   อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

4. นาวาตรีหญิงยุพิน ชัยชล
   หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

5. นางสาวกัลยพร นันทชัย
   นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาระของผู้ดูแล
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0051

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทหญิง แพทย์หญิง พัฒนศรี ศรีสุวรรณ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโทหญิง แพทย์หญิง พัฒนศรี ศรีสุวรรณ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ โทร. 08-8262-3651

ที่ ศธ 0512.11/ 0044

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ญาดารัตน์ บาลจ่าย อาจารย์พยาบาลประจำ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ญาดารัตน์ บาลจ่าย
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ โทร. 08-8262-3651

ที่ ศธ 0512.11/ 0035

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 มกราคม 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ โทร. 08-8262-3651

ที่ ศธ 0512.11/ 0074

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล หัวหน้าคลินิกผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นาวาตรีหญิง ยุพิน ชัยชล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ โทร. 08-8262-3651

ที่ ศธ 0512.11/ 0033

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกัลยพร นันทชัย นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวกัลยพร นันทชัย
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ โทร. 08-8262-3651

สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
สำนักวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 00121
ว.ด.ป. 6 ก.พ. 61
เวลา 15.33 น.

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๑๙๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มกราคม ๒๕๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 0477
ว.ด.ป. 6 ก.พ. 61
เวลา 14.53 น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/ ๐๐๑๖ ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ตามหนังสือดังอ้าง ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden Scale) เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุขในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม” ของ คุณอรวรรณ แผนคง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๔๗ เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น

คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย **ทั้งนี้ขอให้ผู้ใช้เครื่องมือวิจัยรายงานผลการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ตามแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ส่งกลับมายัง งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** รายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานการบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ที่ ศธ 0512.11/๑๐๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ณ คลินิกความจำ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จำนวน 16 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ และแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-2181-1158
ชื่อนิสิต นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ โทร. 08-8262-3651

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๑/๒๖๐

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๔ – ๖๑ – ๑๒ ว
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม .....
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอกาศเจริญ)

วันที่รับรอง ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑
ระยะเวลาในการศึกษา ๑ ปี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
เลขที่หนังสือรับ 1407
วดป 1 มิ.ย. 61
เวลา 8.44 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202

ที่ จว 585/2561 **วันที่** 30 พฤษภาคม 2561

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 081.1/61 เรื่อง ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF COUPLE LIFE REVIEW PROGRAM ON BURDEN OF SPOUSE CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA) **ของ นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COA No. 125/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 081.1/61 : ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทัศนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวี ชัยชนะวงศาโรจน์)

ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 พฤษภาคม 2561 **วันหมดอายุ** : 27 พฤษภาคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 081.1/61
วันที่รับรอง 28 พ.ค. 2561
วันหมดอายุ 27 พ.ค. 2562

เงื่อนไข

1. *ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย*
2. *หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย*
3. *ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด*
4. *ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารชี้ชวนเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) **เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น***
5. *หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 3 วันทำการ*
6. *หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ*
7. *โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น*

ID 04-61-12 ว
COA NO. MURA2018/260
วันที่รับรอง 16 พฤษภาคม 2561

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF COUPLE LIFE REVIEW PROGRAM ON BURDEN OF SPOUSE CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 30/5 หมู่ 2 ต.เกษตรพัฒนา อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์มือถือ 088-2623651 E-mail : viewrung99@gmail.com

สถานที่วิจัย คลินิกความจำ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

แพทย์หญิง ดาวชมพู นาคะวิโร เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 084-7155562

แพทย์หญิง อรพิชญา ไกรฤทธิ์ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 081-9042767

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินของโรคในภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทักษะการสื่อสารเสื่อมถอยลง เช่น การลืมคำพูดต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล ซึ่งปัญหาในการสื่อสารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เช่น การตะโกน การไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น เนื่องจากเกิดความไม่เข้าใจในการสื่อสารหรือไม่สามารถบอกหรืออธิบายในสิ่งที่ต้องการได้ จึงแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันและเริ่มถอยห่างจากการพูดคุยสื่อสาร ส่งผลให้สัมพันธภาพในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันลดลง สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปด้วยการอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีความสุข อันนำไปสู่การเกิดภาระของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ มาจัดทำโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยการทบทวนชีวิตคู่ในช่วงชีวิตตอนต้น ช่วงชีวิตตอนกลาง และช่วงชีวิตปัจจุบัน ร่วมกับการจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต และการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส นำไปสู่การลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนระหว่างและหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

ผู้ดำเนินการวิจัย คือ นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส จำนวน 16 คน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส และประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 16 คน โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งเป็นคู่สามีภรรยาจะเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ที่บ้านของคู่สามีภรรยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ (รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง) ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง การทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน และการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต และจะมีการประเมินภาระของผู้ดูแลโดยผู้วิจัยเป็นระยะๆ ได้แก่ ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทน แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกในการเข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสอาจจะเกิดความเข้าใจกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พร้อมทั้งนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาล และเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนางานผู้สูงอายุในบริบทอื่นต่อไป และงานวิจัยนี้ไม่เกิดผลข้างเคียงต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การดำเนินการวิจัยจะมีการถ่ายภาพและบันทึกเสียงการร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ โดยภาพทุกภาพจะมีการพรางใบหน้าของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในทุกภาพที่นำไปเผยแพร่ และเสียงที่บันทึกจะไม่มีการนำไปเผยแพร่ แต่จะใช้เป็นข้อมูลสำหรับการทำหนังสือเรื่องราวชีวิตให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำการทำลายภาพและเสียงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02-2011544

ID 04-61-12 ว
COA NO. MURA2018/260
วันที่รับรอง 16 พฤษภาคม 2561

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ต่อภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ชื่อผู้วิจัย นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย .....
อายุ .....เลขที่เวชระเบียน .....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)
.....(พยาน)
.....(พยาน)
วันที่ .....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)
วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

1.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

2.2 สื่อใช้ประกอบกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่

2.2.1 หนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book)

2.2.2 สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

2.2.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่บันทึกได้จากการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยบันทึกและเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความจริงของผู้ดูแล

<u>ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม</u>

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมต้น ( ) มัธยมปลาย/ปวช
   ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
   ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์
   ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
5. อาชีพ (อดีต) ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย
   ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)
   ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
6. เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุ..... .....ปี
7. ระดับของภาวะสมองเสื่อม..... .....
8. ชนิดของภาวะสมองเสื่อม..... .....

<u>ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม</u>

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมต้น ( ) มัธยมปลาย/ปวช
   ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
   ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์
( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

5. อาชีพ (ปัจจุบัน) ( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) รับจ้าง
( ) ค้าขาย ( ) รับราชการ
( ) เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

6. รายได้ต่อเดือน ( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท ( ) 5,000-10,000 บาท
( ) 10,000-30,000 บาท ( ) มากกว่า 30,000 บาท

7. รายได้เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
ถ้า*ไม่เพียงพอ* มีแหล่งสนับสนุนหรือไม่ ( ) มี จาก.....
( ) ไม่มี

8. ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลคู่สมรสตั้งแต่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม.....ปี.....เดือน

9. ระยะเวลาในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา.....ปี

10. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง

11. จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลได้นอนหลับพักผ่อนใน 1 วัน.....ชั่วโมง

12. โรคประจำตัวของผู้ดูแล.....

13. การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม / การดูแลตนเองของผู้ดูแล
( ) มี จาก.....
( ) ไม่มี

14. ท่านต้องการความรู้เพิ่มเติมหรือไม่ ( ) ต้องการ เรื่อง.....
( ) ไม่ต้องการ

15. สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน.....คน ได้แก่.....

16. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลด้วยหรือไม่
( ) มีส่วนร่วม คือ.....
สมาชิกที่มีส่วนร่วม คือ.....
( ) ไม่มีส่วนร่วม

17. คะแนนภาระของผู้ดูแล.....คะแนน

18. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

19. เบอร์โทรศัพท์.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview : ZBI)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ให้ท่านสำรวจ ความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในระยะเวลาที่ผ่านมา โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับดังต่อไปนี้

ประจำ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกือบทุกวัน
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้หลายๆครั้งต่อสัปดาห์
เป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกนี้เลย

ข้อที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยๆ	เป็นครั้งคราว	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1.	ท่านรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง					
2.	ท่านรู้สึกว่าการดูแลเป็นความรับผิดชอบอย่างมาก					
3.	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้					
4.	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ					
5.	ท่านรู้สึกว่าควรให้การดูแลผู้สูงอายุมากกว่านี้					
6.	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถให้การดูแลได้ดีกว่านี้					
7.	ท่านรู้สึกว่าการดูแลนี้เป็นภาระต่อท่าน					
8.	ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ					
9.	ท่านคิดว่าระดับความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการดูแลของผู้ดูแล					
10.	ท่านรู้สึกว่าความรับผิดชอบทุกอย่างตกอยู่กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว					
11.	ท่านกลัวอนาคตเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ					
12.	ท่านกลัวว่าจะไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุ					
13.	ท่านกลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไป					
14.	ท่านต้องการที่จะยกหน้าที่การดูแลนี้ให้กับบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อที่	ข้อความ	ประจำ	บ่อยๆ	เป็นครั้งคราว	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
15.	ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุและต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ พร้อมกัน					
16.	ท่านรู้สึกโกรธที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ					
17.	ท่านรู้สึกอับอายกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ					
18.	ท่านรู้สึกไม่สะดวกเมื่อเพื่อนฝูงมาหาที่บ้าน					
19.	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม					
20.	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อความสัมพันธภาพของครอบครัวและเพื่อน					
21.	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของท่าน					
22.	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตัวอย่าง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002*
Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE – Thai 2002)

1. Orientation for time (5 คะแนน)	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	คะแนน
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)	(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	.....	☐
1.2 วันนี้วันอะไร	.....	☐
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	.....	☐
1.4 ปีนี้ปีอะไร	.....	☐
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	.....	☐

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ.....ชื่อว่าอะไร	.....	☐
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร	.....	☐
2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร	.....	☐
2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	☐
2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	☐

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร	.....	☐
2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	.....	☐
2.2.3 ที่นี่อำเภอเขต / อะไร	.....	☐
2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	☐
2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	☐

3. Registraion (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจำบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา , ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย....) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา .... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและคิด) ทำทั้งหมด 5ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา , ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา , ยาย....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ(ตา,ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ ....

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ชี้นิ้นสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ..... ☐

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง "ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา , ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่....."(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่"(พื้น,โต๊ะ,เตียง) ..... ☐

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา , ยาย....) อ่าน แล้วทำตาม (ตา , ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตาได้" ○ หลับตาได้..... ☐

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ "คุณ (ตา , ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ก็ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1ประโยค" .....

○ ประโยคมีความหมาย ..... ☐

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง) ..... ☐

คะแนนเต็ม 30

MIMSE-THAI 2002

ระดับการศึกษา	คะแนน		Sensitivity	Specificity	Positive Predictive value	Negative Predictive value	Efficiency
	จุดตัด	เต็ม					
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังไม่ออก)	≤ 14	23	35.4	76.8	64.5	50.0	54.3
จบประถมศึกษา	≤17	30	56.6	93.8	88.9	71.0	76.3
สูงกว่าประถม	≤22	30	92.0	92.6	91.2	93.3	92.4

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MIMSE-THAI 2002

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการทบทวนชีวิตคู่ของ Ingersoll-Dayton et al. (2013) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลใช้ในการลดภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการทบทวนชีวิตคู่ร่วมกับการให้ความรู้อย่างชัดเจน โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินผลการจัดกิจกรรมก่อนระหว่างและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยระยะห่างของการวัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 90 นาที ด้วยการทบทวนชีวิตคู่ 60 นาที และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล 30 นาที โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามลำดับ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

(ใช้เวลา 90 นาที)

ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการสนทนา

   เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส การพูดคุยเกี่ยวกับการพบกันครั้งแรกและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรกของคู่สามีภรรยา ร่วมกับการค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันและเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ

   โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint โดยมีเนื้อหาความรู้ตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
3. การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ
4. การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

   ซึ่งเป็นคู่มือที่รวบรวมความรู้ทั้งหมดที่จะให้กับคู่สามีภรรยาตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

ผู้จัดกิจกรรม นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา
2) เพื่อทบทวนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันและสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา
3) เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้รับความรู้ ความเข้าใจในเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ
4) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

สื่อประกอบกิจกรรม

1) ตัวอย่างหนังสือเรื่องราวชีวิต
2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ
3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับคู่สามีภรรยา
   - แนะนำตนเอง
   - บอกวัตถุประสงค์การวิจัย
   - อธิบายถึงขั้นตอนการทบทวนชีวิตคู่ การจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิต
   - แสดงตัวอย่างหนังสือเรื่องราวชีวิต

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

2) การให้คู่สามีภรรยาพูดคุยเกี่ยวกับการพบกันครั้งแรกและความประทับใจที่มีต่อกันครั้งแรก ร่วมกับการค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นการเริ่มทบทวนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันและเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา โดยใช้คำถาม 2 ข้อ ดังนี้

- “คุณสองคนพบกันครั้งแรกได้อย่างไร”
- “อะไรที่ทำให้คุณสองคนเกิดความประทับใจต่อกัน”

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คู่สามีภรรยาศึกษาแล้วเกิดความรู้ ความเข้าใจในเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยมีเนื้อหาสาระใน 3 ประเด็น ดังนี้

- ภาวะสมองเสื่อมคืออะไร
- ลักษณะอาการของภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะเป็นอย่างไร
- เหตุใดภาวะสมองเสื่อมจึงเกิดกับผู้สูงอายุ

4) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

5) การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นคู่มือที่รวบรวมความรู้ทั้งหมดที่จะให้กับคู่สามีภรรยาตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ มีเนื้อหา 5 เรื่อง ดังนี้

- เรื่องที่ 1 การทำความรู้จักภาวะสมองเสื่อมและลักษณะอาการ
- เรื่องที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม
- เรื่องที่ 3 เกมบริหารสมอง
- เรื่องที่ 4 หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- เรื่องที่ 5 องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

6) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการสร้างเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

7) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

8) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

(ใช้เวลา 90 นาที)

ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่ การแบ่งหน้าที่กันในการเลี้ยงดูลูก ร่วมกับการให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 2

เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกันและการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นของการใช้ชีวิตคู่

2. การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 1 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคู่สามีภรรยาในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต

3.การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม

โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

ผู้จัดกิจกรรม นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
ระยะเวลา 90 นาที
สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นของการใช้ชีวิตคู่
2) เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม
3) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์

สื่อประกอบกิจกรรม

1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 1
2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม
3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนต้น ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา บ้านที่อยู่อาศัยในช่วงเริ่มต้นชีวิตคู่ การแบ่งหน้าที่กันในการเลี้ยงดูลูก ร่วมกับการให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้น สำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 2 เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน และการร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกันในช่วงเริ่มต้นของการใช้ชีวิตคู่ โดยใช้คำถาม 4 ข้อ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

- “คุณสองคนคิดว่าอะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดในช่วงแรกของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน”
- “ในช่วงแรกที่ใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน คุณสองคนพบปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร และร่วมกันผ่านมาได้อย่างไร”
- “หลังจากแต่งงานกัน บ้านหลังแรกของคุณทั้งคู่อยู่ที่ไหน”
- “ตอนนั้นคุณสองคนแบ่งหน้าที่ในการเลี้ยงดูลูกกันอย่างไรบ้าง”

2) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการพูดคุยในสัปดาห์ที่ 1 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้คู่สามีภรรยาศึกษาแล้วเกิดความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางที่สามารถดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละระยะ โดยมีเนื้อหาสาระใน 2 ประเด็น ดังนี้

- การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา
- การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ที่บ้าน

4) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

5) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนต้น

6) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

7) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

(ใช้เวลา 90 นาที)

ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของกันและกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมที่ชอบทำร่วมกันและการปรับตัวในการทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมกับการให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 3

    เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน

2. การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 2 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

    เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคู่สามีภรรยาในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับเกมบริหารสมอง เพื่อเป็นการบริหารสมอง

    ได้แก่ เกมบวกลบคูณหารเลขต้านลืม เกมฝึกสมองสองซีก และเกมเติมเข็มนาฬิกาให้สมบูรณ์ โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint ในการอธิบายเกม ร่วมกับผู้วิจัยปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง และให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสคอยเป็นผู้ช่วยเหลือขณะเล่นเกม

4. การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

ผู้จัดกิจกรรม นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
ระยะเวลา 90 นาที
วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน
2) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับความรู้เกี่ยวกับเกมบริหารสมองร่วมกับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
3) เพื่อประเมินภาระของผู้ดูแล หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 3 สัปดาห์

สื่อประกอบกิจกรรม

1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 2
2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับเกมบริหารสมอง
3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของกันและกัน การปรับสมดุลในชีวิตระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว กิจกรรมที่ชอบทำร่วมกันและการปรับตัวในการทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมกับการให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 3 เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตตอนกลาง เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน และเป็นการแสดงถึงจุดแข็งที่ทำให้คู่สามีภรรยาสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกันมาจนถึงปัจจุบัน โดยใช้คำถาม 6 ข้อ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

- “ในช่วงวัยทำงาน ช่วงก่อร่างสร้างตัว คุณสองคนพบปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร และร่วมกันผ่านมาได้อย่างไร”
- “ในตอนนั้นคุณสองคนประกอบอาชีพอะไร”
- “คุณสองคนมีส่วนช่วยเหลือหรือสนับสนุนการทำงานของอีกคนอย่างไรบ้าง”
- “คุณสองคนมีการจัดสรรแบ่งเวลากันอย่างไร เพื่อให้มีความสมดุลระหว่างหน้าที่การงานที่คุณต้องรับผิดชอบกับการดูแลครอบครัว”
- “ในช่วงนั้นคุณสองคนชอบทำกิจกรรมอะไรร่วมกัน”
- “กิจกรรมที่คุณสองคนชอบทำร่วมกันนี้ ได้มีการปรับตัวกันอย่างไรไหม ก่อนที่จะมาชอบทำกิจกรรมนี้ร่วมกัน”

2) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 2 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับเกมบริหารสมอง เพื่อบริหารสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสคอยดูแลช่วยเหลือขณะเล่นเกม ประกอบด้วยเกม 3 เกม ดังนี้

- เกมบวกลบคูณหารเลขต้านลืม
- เกมฝึกสมองสองซีก
- เกมเติมเข็มนาฬิกาให้สมบูรณ์

4) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

5) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตตอนกลาง

6) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

7) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

(ใช้เวลา 90 นาที)

ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกัน ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิตวัยเกษียณ กิจกรรมที่ทำร่วมกันแล้วรู้สึกดีมีคุณค่า ความหวังหรือความต้องการในอนาคต และสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ร่วมกับการให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 4

เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป

2. การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคู่สามีภรรยาในการทำหนังสือเรื่องราวชีวิต

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการดูแล เช่น การปวดหลัง ปวดไหล่ และจิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

ผู้จัดกิจกรรม นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
ระยะเวลา 90 นาที
วัตถุประสงค์

1) เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป
2) เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง
3) เพื่อประเมินภาระของผู้ดูแล หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์

สื่อประกอบกิจกรรม

1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3
2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่องหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล
4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การทบทวนเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน ปัญหาหรืออุปสรรคที่ร่วมกันผ่านมา การปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกัน ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิตวัยเกษียณ กิจกรรมที่ทำร่วมกันแล้วรู้สึกดีมีคุณค่า ความหวังหรือความต้องการในอนาคต และสิ่งที่ต้องการให้ผู้คนจดจำเกี่ยวกับตนเองและการใช้ชีวิตคู่ที่มีร่วมกันมา ร่วมกับการให้คู่สามีภรรยาช่วยกันค้นหาของที่ระลึกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวเหล่านั้นสำหรับจัดทำหนังสือเรื่องราวชีวิตของสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเป็นการสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สามีภรรยาในการระลึกถึงความทรงจำที่มีร่วมกันในช่วงชีวิตปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความดีของกันและกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน การตระหนักถึงความดีของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเห็นถึงมุมมองในอนาคตร่วมกันในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป ดังนี้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

- “ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา คุณสองคนพบปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร และร่วมกันผ่านมาได้อย่างไร”
- “ในช่วงที่ผ่านมาที่มีปัญหาความจำจากภาวะสมองเสื่อมนั้น คุณสองคนมีการปรับตัวในการดูแลซึ่งกันและกันอย่างไร”
- “คุณคิดว่าประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชีวิตวัยเกษียณที่คุณสองคนได้รับมีอะไรบ้าง”
- “กิจกรรมใดที่คุณสองคนทำร่วมกันแล้วรู้สึกดีมีคุณค่า”
- “คุณมีความหวังหรือความต้องการให้อนาคตของคุณ และสามี/ภรรยาของคุณเป็นอย่างไร”
- “คุณอยากให้คนอื่นจดจำอะไรในตัวคุณ และชีวิตคู่ของคุณสองคนได้”

2) การนำหนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในสัปดาห์ที่ 3 มาให้คู่สามีภรรยาได้ดูและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกัน

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ผู้ดูแลศึกษาแล้วเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยมีเนื้อหาสาระใน 5 ประเด็น ดังนี้

- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การตรวจสุขภาพประจำปี
- การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการดูแล เช่น การปวดหลัง ปวดไหล่
- จิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล

4) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับ

5) ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ช่วงชีวิตปัจจุบัน

6) ผู้วิจัยพูดคุยถึงกิจกรรมที่จะทำร่วมกันในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบ

7) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

โปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต

(ใช้เวลา 90 นาที)

ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา
   เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
   โดยใช้สื่อการสอน Microsoft PowerPoint
3. การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับหรือสิ่งที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม
4. การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ การสนับสนุนให้กำลังใจ และชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา

โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต

ผู้จัดกิจกรรม นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้คู่สามีภรรยาพูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน

2) เพื่อให้คู่สามีภรรยามีกำลังใจในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป

3) เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้

4) เพื่อประเมินภาระของผู้ดูแล หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม

5) ยุติโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ เพื่อให้การสิ้นสุดสัมพันธภาพดำเนินไปอย่างเหมาะสม

สื่อประกอบกิจกรรม

1) หนังสือเรื่องราวชีวิตที่จัดทำจากการทบทวนชีวิตคู่ในทุกสัปดาห์

2) สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เรื่ององค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

4) แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิตที่ผู้วิจัยร่วมจัดทำกับคู่สามีภรรยา เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บอกเล่าความรู้สึก และตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้คู่สามีภรรยาใช้หนังสือเรื่องราวชีวิตเล่มนี้ในการบันทึกความทรงจำต่อไป และสามารถเผยแพร่หนังสือเล่มนี้ให้กับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นได้ศึกษา

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และความช่วยเหลือได้ เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหา ต้องการความรู้ หรือคำแนะนำ โดยมีเนื้อหาสาระใน 1 ประเด็น ดังนี้

- องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการนำเสนอหนังสือเรื่องราวชีวิต

3) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ได้รับหรือสิ่งที่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม

4) การเปิดโอกาสให้คู่สามีภรรยาพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่

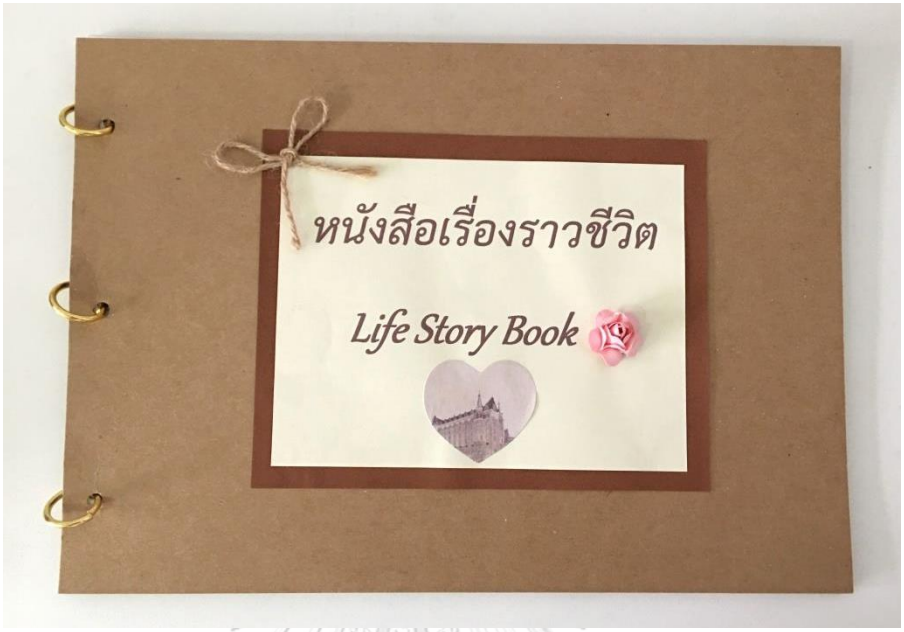
5) การกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชมคู่สามีภรรยาถึงการใช้ชีวิตคู่ในการดูแลซึ่งกันและกันตลอดมา เพื่อให้คู่สามีภรรยามีกำลังใจในการดูแลซึ่งกันและกันต่อไป

6) ประเมินภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

7) ปิดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยชี้แจงให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตัวอย่าง หนังสือเรื่องราวชีวิต (Life story book)



LOVE
FOREVER
Good bye Summer
แต่งงานกัน ปี 2514
ดีใจ...ที่ได้พบกัน
คุณตาในวัย
84 ปี

ตัวอย่าง สื่อการสอน Microsoft PowerPoint สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

จิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล

สังเกตอย่างไร ? ว่าตนเองมีภาวะเครียด *อาการเหล่านี้เป็นสัญญาณบอกถึงภาวะเครียดของผู้ดูแล*

- ☐ การทำกิจกรรมต่างๆที่คุ้นเคยหรือกิจวัตรประจำวันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น
- ☐ รู้สึกว่าปัญหาเล็กๆ กลายเป็นเรื่องใหญ่
- ☐ ไม่สนุกสนาน ร่าเริง อารมณ์ขันหายไป
- ☐ นอนไม่หลับ หรือ นอนเยอะเกินไป
- ☐ หงุดหงิดง่ายขึ้น รู้สึกว่าอะไรก็ไม่ถูกใจไปหมด
- ☐ ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ
- ☐ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากผิดปกติ

ถ้าผู้ดูแลมีอาการดังกล่าวข้างต้น ควรหาเวลาพักผ่อน หรือแยกออกจากผู้ป่วยสักระยะหนึ่ง ซึ่งสามารถทำได้โดยการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัวมาสลับสับเปลี่ยนกัน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

องค์กรที่ให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

www.azthai.org

Facebook : สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

www.tnsd.or.th

Facebook : ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแล

การตรวจสุขภาพประจำปี

- ***ผู้ดูแลควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง***
- โดยเน้นการวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดเพื่อดูระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด
- รวมถึงการเอ็กซเรย์ปอดในผู้ที่มีประวัติเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่
- ผู้ดูแลควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคนี้ เพราะจะสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้ป่วยซึ่งมีสุขภาพไม่แข็งแรงและอายุมากได้

ตัวอย่าง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

คู่มือ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

และ

การดูแลตนเองของผู้ดูแล

จัดทำโดย
นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ
นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คำนำ

"ภาวะสมองเสื่อม" เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะสมองเสื่อมนั้นทำให้สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม รวมทั้งภาระในการดูแลของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคู่สมรสที่โดยส่วนใหญ่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ดังนั้นการทำความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายใจที่แข็งแรงด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ คู่มือ **"การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแล"** จึงได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลให้มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

รุ่งนภา อุดมลาภ

สารบัญ

	หน้า
• ทำความรู้จักกับภาวะสมองเสื่อม	4
• ลักษณะอาการของภาวะสมองเสื่อม	5
• แนวทางการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม	7
• เกมบริหารสมอง	9
• หลักการดูแลตนเองของผู้ดูแล	12
• องค์กรให้ความรู้และความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล	16
• อ้างอิง	17

ทำความรู้จักกับ

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง ในด้านความจำ ด้านภาษา ด้านการประมวลผล และด้านสมาธิ โดยจะเริ่มสูญเสียเซลล์สมองจากส่วนหนึ่งแล้วค่อยลุกลามไปยังสมองอีกส่วนหนึ่งอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นเรื่อยๆ ความผิดปกติเหล่านี้จะปรากฏชัดเจนในตัวผู้มีอาการจนคนรอบข้างเริ่มสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงได้ทีละน้อย

ภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกมักแสดงผลให้เห็นในรูปแบบของการสูญเสียความจำ จดจำเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตประจำวันไม่ได้ในขณะที่บางเรื่องราวเพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่กี่วันที่ผ่านมา เมื่อเป็นมากขึ้นก็จะเริ่มลืมแม้กระทั่งสิ่งที่ตนเองทำอยู่ประจำเป็นกิจวัตร การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ญาติพี่น้องบุตรหลานมักคิดว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามปกติของวัย แต่แท้จริงแล้วหากพบว่าผู้สูงอายุเกิดอาการแปลกไปจากเดิมจนผิดสังเกตในเรื่องความจำและพฤติกรรมในแต่ละวัน การพบแพทย์ทันทีเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยถือว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้อง เพราะนอกจากอาการหลงลืมจากน้อยไปหามากแล้ว หากภายหลังเกิดภาวะอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องก็อาจก่อให้เกิดความเครียดในตัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และครอบครัว จนกลายเป็นปัญหาใหญ่ได้

จิตใจสดใสกับการเป็นผู้ดูแล

นอกจากการดูแลสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิตของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญมากต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยพบว่าหากผู้ดูแลมีภาวะเครียด ไม่แจ่มใส หงุดหงิด โมโหง่าย ผู้ป่วยสมองเสื่อมก็จะไม่มีความสุข ซึมลง หรืออาจซึมเศร้าได้

สังเกตอย่างไรว่าตนเองมีภาวะเครียด อาการเหล่านี้เป็นสัญญาณบอกถึงภาวะเครียดของผู้ดูแล

- การทำกิจกรรมต่างๆที่คุ้นเคยหรือกิจวัตรประจำวันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้น
- รู้สึกว่าปัญหาเล็กๆ กลายเป็นเรื่องใหญ่
- ไม่สนุกสนาน ร่าเริง อารมณ์ขันหายไป
- มีปัญหาในการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ หรือ นอนเยอะเกินไป
- หงุดหงิดง่ายขึ้น รู้สึกว่าอะไรก็ไม่ถูกใจไปหมด
- ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ
- เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากผิดปกติ

ถ้าผู้ดูแลมีอาการดังกล่าวข้างต้น ควรหาเวลาพักผ่อน หรือแยกออกจากผู้ป่วยสักระยะหนึ่ง ซึ่งสามารถทำได้โดยการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัวมาสลับสับเปลี่ยนกัน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

คำชี้แจง แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดตามวันที่ทำกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งที่กำหนดให้ รวมทั้งบันทึกปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาขณะร่วมกิจกรรมการทบทวนชีวิตคู่ ลงในช่อง “ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา”

ครั้งที่	ว/ด/ป	กิจกรรม		ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา
		เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม	
1				
2				
3				
4				
5				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 ปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ได้จากการสังเกตขณะเข้าร่วมโปรแกรมการทบทวนชีวิตคู่ในแต่ละสัปดาห์

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
1	- ภรรยาพูดมากกว่าสามี - สามีพูดน้อย ตั้งใจรับฟัง	- สามีมีท่าทีเขินและยิ้มหัวเราะขณะกล่าวชื่นชมภรรยา - ภรรยามีท่าทีเขินและหัวเราะไปกับสามี	- ภรรยาบรรยายรูปภาพและของสำคัญต่างๆให้สามีฟัง - สามีภรรยายิ้มและหัวเราะไปด้วยกันขณะนั่งดูรูปภาพเก่าๆ - สามีพูดคุยมากขึ้น	-สามีชื่นชมในความเก่งของภรรยา ภรรยายิ้มในขณะสามีชื่นชม - ภรรยาชื่นชมสามีที่เป็นคนดีและดูแลครอบครัวเป็นอย่างดีมาโดยตลอด สามีน้ำตาคลอเล็กน้อย	- สามีภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตและยิ้มไปด้วยกัน พร้อมเรียกลูกชายให้มาดูเรื่องราวของคุณพ่อกับคุณแม่
2	- ภรรยาบ่นที่สามีมักหลงผิดคิดว่าตนมีคนอื่น รู้สึกเสียใจเพราะตนไม่ได้ทำ - สามีรับฟังภรรยาพูด	- สามีพูดชมความสวยของภรรยาสมัยสาวๆ มองภรรยาและยิ้มตลอด - ภรรยามองสามียิ้ม น้ำตาซึม	- ภรรยาพูดถึงความลำบากในการเลี้ยงลูกคนเดียวและดูแลในบ้านทั้งหมด ขณะสามีทำงานนอกบ้าน - สามีชื่นชมในความเก่งของภรรยาและขอบคุณที่ต่อสู้มาด้วยกัน ภรรยามองสามีน้ำตาซึม	- สามีเล่าว่าภรรยาท้องเสียเมื่อคืนและบอกเป็นห่วงภรรยา - สามีบอกภรรยาว่า “อากงรักอาม่าที่สุด” ภรรยายิ้ม - ภรรยาพูดถึงความห่วงใยที่มีต่อสามี	- สามีภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตไปด้วยกัน ขณะที่ภรรยาอธิบายรูปและเรื่องราวต่างๆให้สามีฟังไปด้วย - ลูกสาวร่วมดูหนังสือเรื่องราวชีวิตและยิ้มไปกับคุณพ่อคุณแม่

สถาบันวิทยบริการ
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
3	- ภรรยาบ่นว่าช่วงนี้สามีอารมณ์ไม่ค่อยดี แต่ถ้ามีคนมาหาจะอารมณ์ดี - สามีพยักหน้าและยิ้ม ดีใจที่ได้ร่วมกิจกรรม	- สามีมองภรรยาขณะพูดชื่นชมภรรยา ภรรยามีท่าทีเขิน ยิ้มหัวเราะ ไม่กล้าสบตา - ภรรยาอยู่ใกล้ๆ สามี คอยอธิบายคำถามที่สามีไม่เข้าใจอย่างไม่ห่าง	- สามีชวนภรรยาดูภาพต่างๆในหนังสือเรื่องราวชีวิตพร้อมกับอ่านให้ภรรยาฟังและบอกเล่าถึงเรื่องราวในภาพ - ภรรยายิ้มหัวเราะไปกับสามีและเล่าเรื่องราวไปด้วยกัน	- ภรรยาบอกเล่าถึงความดีของสามีที่ดูแลลูกและภรรยาเป็นอย่างดีมาโดยตลอด พร้อมกับจับมือสามี - สามีขอบคุณภรรยาที่ดูแลตนเองเป็นอย่างดีและบอกว่าจะอยู่ด้วยกันตลอดไป พร้อมกับจับมือภรรยา	- สามีและภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน และพูดถึงเรื่องราวในภาพ ยิ้มหัวเราะไปด้วยกัน - สามีดีใจที่ได้หนังสือเรื่องราวชีวิตของตนเองกับภรรยา โดยบอกว่า “ดีใจมาก โลกนี้หาแบบนี้ไม่ได้อีกแล้ว”
4.	- สามีมองภรรยาตลอดขณะพูดคุยกัน แต่จะไม่ค่อยพูดคุยมากนัก - ภรรยาพูดคุยเก่ง คอยอธิบายและชวนให้สามีพูดคุย	- สามีดึงมือภรรยามาจับขณะที่ภรรยาบอกเล่าถึงความประทับใจที่มีในตัวสามี - ภรรยาน้ำตาซึม ยิ้ม ขณะสามีบอกว่ารักภรรยามาก	- ภรรยาร้องไห้ขณะพูดถึงความดีของสามีที่ต้องดูแลคนในครอบครัวทุกคน สามีมองภรรยาและจับมืออยู่ตลอด	- สามีภรรยาดูรูปร่วมกัน และภรรยาคอยอธิบายเรื่องราวต่างๆให้สามีฟังเพื่อระลึกถึงความทรงจำในอดีต - สามีภรรยาดูรูปและยิ้มหัวเราะไปด้วยกัน	- ภรรยาดีใจมากที่ได้หนังสือเรื่องราวชีวิต บอกว่า “ดีใจมากที่ได้ของขวัญชิ้นนี้ ถูกใจมาก” ขณะร่วมดูกับสามีและนำไปให้ลูกชายดู - ลูกชายตื่นเต้นที่ได้เห็นหนังสือเรื่องราวชีวิตของพ่อแม่ โดยชมว่าสวยและบอกว่ารูปพวกนี้ไม่เคยเห็นมาก่อนเลย แล้วก็ไปหยิบรูปเก่าๆ ของครอบครัวมาดูกับคุณพ่อคุณแม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
5	- ภรรยาจะพูดคุยเก่งกว่าสามี สามีจะไม่ค่อยพูดนัก - ภรรยาคอยถามสามีเพื่อให้สามีแสดงความคิดเห็นร่วมด้วย	- ภรรยาบอกถึงความประทับใจในความดีของสามีที่มีทั้งต่อครอบครัวและผู้อื่น - สามีคอยมองภรรยาตลอดและชื่นชมในความดีของภรรยา	- ภรรยาจับมือสามีและสามีจับเข่าภรรยา ขณะที่ภรรยาเล่าถึงการดูแลซึ่งกันและกันและผ่านช่วงที่ทุกข์ยากมาด้วยกัน ในช่วงที่สามีป่วยหนักเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ - ภรรยาและสามีดูรูปเก่าๆด้วยกัน	- ภรรยาน้ำตาซึมปนหัวเราะขณะสามีบอกว่า “ชาติหน้าสัญญาว่าจะพูดให้เยอะกว่านี้” พร้อมกับจับมือภรรยา - สามีภรรยาน้ำตาซึม ขณะที่สามีพูดว่า “ถ้าภรรยาตายก่อนเขาจะตายตามไป เพื่อเป็นการบอกให้รู้ว่า เขาจะไปไหนไม่ได้” พร้อมทั้งจับมือกันตลอดเวลา	- สามีภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน ยิ้มไปด้วยกันขณะดูรูปและระลึกถึงเรื่องราวเก่าๆ พร้อมทั้งบอกว่าจะนำไปให้ลูกๆดู
6	- สามีภรรยานั่งห่างกัน - สามีคอยชวนภรรยาพูดคุยและอธิบายให้ภรรยาเข้าใจมากยิ่งขึ้น	- สามีภรรยานั่งใกล้กันมากขึ้น - สามีค้นหารูปเก่าๆมาให้ภรรยาดู โดยภรรยาจำเรื่องราวในอดีตได้เป็นอย่างดี	- ภรรยากล่าวชื่นชมสามีเสมอว่าเป็นคนดี ไม่กิน เหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน พร้อมทั้งยกนิ้วให้สามี - สามียิ้มและหัวเราะขณะมองภรรยาเล่าเรื่องราว	- สามีชื่นชมในความเก่งของภรรยาที่ก่อร่างสร้างตัวร่วมกันมา โดยบอกว่าภรรยาทำได้ทุกอย่าง เป็นคนเก่งมาก เป็นผู้นำ - สามีบอกว่าแก่เฒ่าแล้วก็ดูแลกันไปตลอดชีวิต พร้อมมองภรรยา - ภรรยาชื่นชมที่สามีดูแลตนเองเป็นอย่างดี และชื่นชมที่สามีเป็นคนดี	- สามีภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตด้วยกันพร้อมกับลูกสาวและพูดคุยไปด้วยกัน และไปหยิบอัลบั้มรูปมาดูประกอบเพิ่มเติม - ภรรยาพูดคุยถึงรูปภาพเก่าๆร่วมไปกับสามีและลูก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
7	- ภรรยาพูดไม่ค่อยนุ่มนวลกับสามี บางช่วงมีการถกเถียงกันเล็กน้อยขณะพูดคุย - สามีสีหน้าสดชื่น ยิ้มหัวเราะร่วมไปกับภรรยาในบางช่วงที่พูดคุยกัน	- มองหน้ากัน พูดคุยกันนุ่มนวลขึ้น มียิ้มให้กัน และถ่ายรูปคู่กันในการประกอบหนังสือเรื่องราวชีวิต	- ภรรยาน้ำตาซึมขณะบอกว่า “ชีวิตนี้ถ้าไม่มีสามีก็แย่อยากให้เขาอยู่แบบนี้ไปนานๆ” - สามีมองภรรยาขณะพูดประโยคนี้และบอกว่า “ดีใจขอบคุณ” พร้อมทั้งยิ้มให้ภรรยา	- ภรรยาน้ำตาซึมขณะบอกว่า “สิ่งที่มีค่าที่สุดในวันนี้ คือ การได้ดูแลกันและกัน” - สามีมองภรรยาและยิ้มให้ภรรยา	- ภรรยาน้ำตาซึมขณะดูภาพและเรื่องราวในหนังสือเรื่องราวชีวิต - สามีบอกรักภรรยา พร้อมทั้งหันไปมองภรรยา
8	- ภรรยาบ่นสามีที่ไม่ค่อยได้ช่วยงานบ้าน - สามีรับฟัง และอธิบายเหตุผลภรรยาก็รับฟัง	- ภรรยาพูดถึงความคับข้องใจที่สามีไปต่างประเทศ 7 ปี แต่เขียนจดหมายมาหาแค่ 2 ฉบับ ขณะพูดเสียงสั่นเครือ - สามีรับฟังและอธิบายเหตุผลความจำเป็นขณะนั้นให้ภรรยารับฟัง	- สามีภรรยาเริ่มใกล้ชิดกันมากขึ้น ชวนกันพูดคุยถึงเรื่องราวในรูปเก่าๆ - ภรรยาพูดน้อยใจสามีที่บางครั้งไม่ค่อยดูแลตน สามีเอามือลูบหัวภรรยา	- ขณะถ่ายรูปคู่ประกอบหนังสือเรื่องราวชีวิต สามีแกล้งภรรยาโดยการนั่งตักภรรยาทำให้ทั้งสองยิ้มและหัวเราะไปด้วยกัน	- สามีภรรยาชื่นชอบหนังสือเรื่องราวชีวิต นั่งดูและอ่านไปด้วยกัน พร้อมทั้งบอกว่าจะนำไปให้ลูกสาวดูด้วย
9	- สามีภรรยาพูดคุยกันอย่างใกล้ชิด -ภรรยาบ่นที่สามีมักจะชอบบ่นทำให้บางครั้งตนรู้สึกรำคาญ -สามีรับฟังภรรยา	- สามีชื่นชมในความน่ารักของภรรยาที่ทำให้ตนประทับใจ - ภรรยายิ้มเขิน และเล่าถึงความภูมิใจในวันแต่งงานที่มีผู้มาร่วมงานมากมาย สร้างความภูมิใจให้กับครอบครัว	- ภรรยาชื่นชมสามีถึงผลงานต่างๆของสามีในการช่วยเหลือชาวบ้านอย่างไม่ย่อท้อ ขณะรับราชการ - สามีชื่นชมในความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบของภรรยา	- ภรรยาบอกว่าจะดูแลกันอยู่ด้วยกันแบบนี้ตลอดไป - สามีพูดแสดงความเป็นห่วงสุขภาพของภรรยาและบอกว่าเราจะดูแลกันไปแบบนี้	- สามีภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน และชื่นชมว่าทำได้สวยงามพร้อมทั้งพูดขอบคุณและบอกว่าจะนำไปให้ลูกๆดู

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
10	- สามีภรรยามีความใกล้ชิดกัน พูดคุยกันนุ่มนวล -ภรรยาใส่ใจและดูแลสามีเป็นอย่างดี	- ภรรยายิ้ม น้ำตาซึม ขณะสามีบอกเล่าความรู้สึกถึงความประทับใจและความดีของภรรยา - ภรรยาชื่นชมในความดีของสามีที่ดูแลตนและลูกให้อยู่อย่างสบายตลอดมา	- ภรรยาค้นรูปและการ์ดแต่งงานมาให้สามีดู ทั้งคู่ร่วมพูดคุยระลึกความหลังด้วยกัน - ภรรยาชื่นชมในความดีของสามีที่เสียสละทำงานหาเงินดูแลลูกและตนเป็นอย่างดี ในขณะที่ตนมีหน้าที่เป็นแม่บ้านอยู่อย่างสบายมาโดยตลอด	- ภรรยาน้ำตาซึม ขณะที่พูดถึงการดูแลซึ่งกันและกันในยามแก่เฒ่า โดยภรรยาบอกว่าจะดูแลกันแบบนี้ตลอดไป - ภรรยาน้ำตาซึม ขณะที่สามีพูดแสดงความห่วงใยที่อยากให้ภรรยามีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วย	- สามีภรรยาและลูกชายดูหนังสือเรื่องราวชีวิตไปด้วยกัน ยิ้มหัวเราะไปด้วยกัน ขณะที่เล่าเรื่องราวต่างๆในอดีตให้ลูกฟัง
11	- สามีพูดน้อย - ภรรยาจะพูดเก่งกว่า และชวนสามีให้พูดคุยมากขึ้น	- ภรรยามีท่าทีเขินและยิ้ม ขณะที่สามีกำลังจะพูดถึงความประทับใจในตัวภรรยา โดยพูดปฏิเสธว่า “ไม่มีๆ หรอก” - สามีพูดถึงความประทับใจในตัวภรรยา คือ ความขยัน และเก่ง	- สามีภรรยาร่วมกันพูดคุยถึงความอดทนและต่อสู้มาร่วมกันในช่วงก่อร่างสร้างตัว ทำงานหนัก เพื่อครอบครัว - สามีชมภรรยาตลอดว่าเก่งและขยัน	- ภรรยาน้ำตาซึม ขณะสามีบอกถึงสิ่งที่ทำให้วันนี้มีความสุข คือ การที่มีภรรยาดูแล	- สามีภรรยาดูหนังสือเรื่องราวชีวิตด้วยกัน อ่านและยิ้มไปด้วยกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
12	- สามีภรรยามีความใกล้ชิดกัน พูดคุยกันนุ่มนวล	- สามีมองภรรยาและยิ้มขณะภรรยาพูดถึงความประทับใจที่มีต่อตน - สามีภรรยาดูรูปเก่าๆร่วมกัน เล่าเรื่องราวร่วมกัน หัวเราะยิ้มไปด้วยกัน	- ภรรยาเล่าถึงความลำบากในช่วงที่สามีต้องไปราชการบ่อยๆ และตนต้องดูแลลูกคนเดียว - สามีมองภรรยาและกล่าวชื่นชมในความดีและความเก่งของภรรยา	- ภรรยาน้ำตาซึมขณะพูดว่า “กลัวจะทนไม่ได้ หากมีใครต้องจากไป ไม่อยากเสียใจกลัวทนไม่ได้ถ้าเห็นคนที่เรารักจากไป ขอไปก่อนดีกว่า” สามีจับมือภรรยาและยิ้มให้ - สามีพูดชื่นชมภรรยาว่าน่ารักและดูแลดีมาโดยตลอด พร้อมทั้งจับมือภรรยา	- สามีภรรยาชื่นชมว่าหนังสือเรื่องราวชีวิตสวยงามและชอบมากขณะที่ดูรูปและอ่านเรื่องราวไปด้วยกัน และบอกว่าจะนำไปให้ลูกสาวลูกชายและเพื่อนๆได้ดูเรื่องราวของเรา
13	- สามีภรรยามีความใกล้ชิดกัน พูดคุยร่วมกันตลอดเวลา - ภรรยาจะคอยอธิบายในสิ่งที่สามีไม่เข้าใจ	- ภรรยาน้ำตาซึมขณะพูดถึงความประทับใจและการดูแลซึ่งกันและกันมา และช่วงที่ตนต้องไปคลอดลูกคนเดียว ขณะที่สามีต้องไปราชการ - สามีรับฟังภรรยาและชื่นชมในความเก่งของภรรยา	- สามีภรรยาร่วมกันดูรูปภาพต่างๆในหนังสือเรื่องราวชีวิต พร้อมพูดคุยกันขณะที่ภรรยาน้ำตาซึม	- สามีขยับเข้ามานั่งใกล้ภรรยามากขึ้น - ภรรยาน้ำตาซึมขณะอ่านหนังสือเรื่องราวชีวิต และพูดถึงความห่วงใยของสามีที่จะจูงมือตนเองทุกครั้งที่ข้ามถนน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน - สามียิ้มขณะที่ภรรยาพูด	- ขณะสามีอ่านหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน ภรรยา สามีพูดว่า “เพราะคนเราคู่กัน เลยได้มาเจอกัน” ขณะที่ภรรยายิ้มมีสีหน้าชื่นใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
14	- สามีพูดน้อยกว่าภรรยา - สามีภรรยามีความใกล้ชิดกัน พูดคุยกันนุ่มนวล	- สามีค่อนข้างเขินขณะพูดความประทับใจในตัวภรรยา ภรรยาจึงเดินไปทำกิจกรรมอื่นๆอยู่ใกล้ๆ และแซวสามีว่าพูดเลยไม่ได้ยินหรอก พร้อมกับยิ้ม - ภรรยาชื่นชมในความเสมอต้นเสมอปลายและความซื่อสัตย์ของสามีที่มีต่อตนเสมอมา	- ภรรยาพูดระบายความรู้สึกคับข้องใจในช่วงแรกที่สามีมีอาการสมองเสื่อม ซึ่งตนยังปรับตัวไม่ได้ แต่ทุกวันนี้เข้าใจแล้วและจะดูแลกันแบบนี้ตลอดไป - สามีรับฟังภรรยา และกล่าวชื่นชมภรรยาว่าดูแลตนดีมาก	- สามีภรรยายิ้มขณะดูรูปเก่าๆและเล่าเรื่องราวเก่าๆร่วมกัน - ภรรยากล่าวถึงความภาคภูมิใจในตัวสามีที่ก่อร่างสร้างตัวมาจากศูนย์จนมีทุกวันนี้และได้นำความดีนี้เล่าให้ลูกๆฟังและให้ดูพ่อเป็นตัวอย่าง พร้อมทั้งจับแขนสามีเป็นครั้งคราวขณะพูด	- เมื่อได้รับหนังสือเรื่องราวชีวิต สามีพูดว่า “ซึ้งใจร้องไห้เลย” พร้อมบอกว่า “ขอบคุณมาก” - สามีน้ำตาไหลขณะอ่านหนังสือเรื่องราวชีวิต และภรรยาก็น้ำตาซึม - ภรรยาเล่าเรื่องราวในภาพต่างๆให้สามีฟังเพิ่มเติม และบอกว่าจะนำไปให้ลูกๆดู
15	-สามีพูดน้อย -ภรรยาพูดคุยเก่ง -สามีภรรยาใกล้ชิดกัน ภรรยาดูแลสามีอย่างใกล้ชิดและมีท่าทีห่วงใยสามีตลอดเวลา	- สามีภรรยาร่วมกันเล่าถึงเรื่องราวในช่วงพบกันและแต่งงานกัน - สามีภรรยาดูภาพต่างๆร่วมกัน - ภรรยากล่าวชื่นชมในความเสมอต้นเสมอปลายของสามี	- ภรรยาเล่าเรื่องราวต่างๆจากรูปภาพให้สามีฟัง และนำรูปภาพต่างๆมาให้สามีดูอย่างใกล้ชิด - สามีร่วมเล่าเรื่องราวความภูมิใจในหน้าที่การงาน	- ภรรยาพูดถึงความภาคภูมิใจการช่วยเหลือผู้อื่นของสามี และความเสมอต้นเสมอปลายดูแลครอบครัวมาเป็นอย่างดี - สามีกล่าวชื่นชมภรรยาที่ดูแลครอบครัว ดูแลลูกๆ และตนเองมาเป็นอย่างดีตลอดมา	- สามีภรรยาอ่านหนังสือเรื่องราวชีวิตร่วมกัน และบอกว่า “รู้สึกดีจังอยากอ่านอีกตลอดเวลา” และบอกว่าจะนำไปให้ลูกได้ดู จะได้รู้ว่าพ่อแม่ดูแลกันมาอย่างไรและจะนำไปให้เพื่อนๆดูด้วย และจะเอาไปพิมพ์เพิ่มเป็นหลายๆเล่ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 (ต่อ)

n=16	ปฏิสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยา				
	สัปดาห์ที่ 1	**สัปดาห์ที่ 2**	**สัปดาห์ที่ 3**	**สัปดาห์ที่ 4**	**สัปดาห์ที่ 5**
16	- ภรรยาจะพูดคุยเก่งกว่าสามี - ขณะพูดคุยจะไม่ค่อยสบตากันนัก	- สามีภรรยาสบตากันมากขึ้นขณะพูดคุย - ภรรยามองสามีและยิ้ม ขณะสามีชมว่าสวย น่ารัก นิสัยดี และดูแลตนเป็นอย่างดี	- สามีภรรยานั่งใกล้กันมากขึ้น - สามีภรรยาดูรูปต่างๆและเล่าเรื่องราว ยิ้มไปด้วยกัน โดยภรรยาจะคอยมองสามีตลอด - สามีนำรูปต่างๆ ให้ภรรยาดูและเล่าให้ภรรยาฟัง	- ภรรยาบอกว่าจะดูแลกันแบบนี้ตลอดไป สามียิ้มและบอกว่าอยากให้ภรรยาแข็งแรงแบบนี้ตลอดไป - สามีชื่นชมภรรยาที่ดูแลตนเองเป็นอย่างดีตลอดมา	- สามีภรรยาดูรูปภาพต่างๆและเรื่องราวในหนังสือเรื่องราวชีวิตไปด้วยกัน ยิ้มไปด้วยกัน และพูดคุยไปด้วยกัน และบอกว่าจะนำไปให้ลูกได้ดูด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างคะแนนภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย Mauchy's Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

Mauchly's Test of Sphericity[a]

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon[b]		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	.003	74.593	14	.000	.479	.576	.200

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
time	Sphericity Assumed	2723.083	5	544.617	40.459	.000	.730
	Greenhouse-Geisser	2723.083	2.395	1137.133	40.459	.000	.730
	Huynh-Feldt	2723.083	2.881	945.208	40.459	.000	.730
	Lower-bound	2723.083	1.000	2723.083	40.459	.000	.730
Error(time)	Sphericity Assumed	1009.583	75	13.461			
	Greenhouse-Geisser	1009.583	35.920	28.106			
	Huynh-Feldt	1009.583	43.214	23.362			
	Lower-bound	1009.583	15.000	67.306			

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Pairwise comparison) ซึ่งทดสอบโดย Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.[b]	99% Confidence Interval for Difference[b]	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	1.688	.425	.019	-.130	3.505
	3	5.000	1.317	.026	-.626	10.626
	4	8.125*	1.671	.003	.986	15.264
	5	12.438*	1.586	.000	5.659	19.216
	6	14.625*	1.488	.000	8.264	20.986
2	1	-1.688	.425	.019	-3.505	.130
	3	3.313	.939	.046	-.698	7.323
	4	6.438*	1.429	.006	.332	12.543
	5	10.750*	1.479	.000	4.430	17.070
	6	12.938*	1.349	.000	7.172	18.703
3	1	-5.000	1.317	.026	-10.626	.626
	2	-3.313	.939	.046	-7.323	.698
	4	3.125	1.125	.211	-1.682	7.932
	5	7.438*	1.519	.003	.945	13.930
	6	9.625*	1.387	.000	3.698	15.552
4	1	-8.125*	1.671	.003	-15.264	-.986
	2	-6.438*	1.429	.006	-12.543	-.332
	3	-3.125	1.125	.211	-7.932	1.682
	5	4.313	1.220	.045	-.903	9.528
	6	6.500*	1.297	.002	.956	12.044
5	1	-12.438*	1.586	.000	-19.216	-5.659
	2	-10.750*	1.479	.000	-17.070	-4.430
	3	-7.438*	1.519	.003	-13.930	-.945
	4	-4.313	1.220	.045	-9.528	.903
	6	2.188*	.449	.003	.268	4.107

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(I) time	(J) time	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.[b]	99% Confidence Interval for Difference[b]	
					Lower Bound	Upper Bound
6	1	-14.625*	1.488	.000	-20.986	-8.264
	2	-12.938*	1.349	.000	-18.703	-7.172
	3	-9.625*	1.387	.000	-15.552	-3.698
	4	-6.500*	1.297	.002	-12.044	-.956
	5	-2.188*	.449	.003	-4.107	-.268

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the .01 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แสดงการหาค่าความเที่ยงเครื่องมือ

แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.900	22

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	25.40	214.989	.533	.895
ข้อ 2	25.10	195.779	.696	.891
ข้อ 3	25.60	213.095	.516	.896
ข้อ 4	26.00	206.105	.784	.889
ข้อ 5	25.75	205.039	.664	.892
ข้อ 6	26.15	214.555	.507	.896
ข้อ 7	25.85	211.397	.522	.896
ข้อ 8	24.50	218.474	.334	.901
ข้อ 9	25.50	219.105	.317	.901
ข้อ 10	25.25	215.882	.350	.901
ข้อ 11	25.35	210.871	.494	.897
ข้อ 12	26.05	212.682	.561	.895
ข้อ 13	26.05	213.629	.533	.895
ข้อ 14	26.35	214.134	.674	.893
ข้อ 15	25.75	207.039	.767	.890
ข้อ 16	26.35	218.766	.536	.896
ข้อ 17	26.50	223.000	.425	.898
ข้อ 18	26.45	220.471	.355	.899
ข้อ 19	25.85	211.713	.451	.898
ข้อ 20	26.35	216.871	.569	.895
ข้อ 21	25.75	214.724	.476	.897
ข้อ 22	26.15	218.661	.423	.898

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวรุ่งนภา อุดมลาภ
วัน เดือน ปี เกิด	30 มีนาคม 2534
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล กองทัพเรือ ปีการศึกษา 2557

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University