

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

.....
.....

นายนำพล กิ่งก้าน
ผู้ศึกษา

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....
.....

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ,
ค. ม. (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....
.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

นำ พด ขง มห

นายนำพล กิ่งก้าน

ผู้ศึกษา

นางสาว นก

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ,

ค. ม. (การบริหารการพยาบาล)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

คุณพ ธิพนธ์

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

วิมล นก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

วิมล นก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

วิมล นก

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิมล นก

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน รองศาสตราจารย์ ดร. ยูพาณิ ศิริโพธิ์งาม รองศาสตราจารย์ ประครอง อินทรสมบัติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรองศาสตราจารย์ฐิติวัลคุ์ ธรรมไพโรจน์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องในการทำสารนิพนธ์ จนเรียบร้อย สมบูรณ์ เป็นกำลังใจมาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่ห้องสมุดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างยิ่ง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยงานคุณภาพสูงอายุและร่วมงานทุกท่าน ในการสนับสนุน และให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอด

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ครอบครัว บิดา มารดาและเพื่อนร่วมการศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคพิเศษ) รุ่นที่ 3 ทุกท่าน สำหรับความห่วงใยและกำลังใจที่มีให้จนสารนิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นำพล กิ่งก้าน

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS FOR CAREGIVERS OF
OLDER ADULTS WITH DEMENTIA

นำพล กิ่งก้าน 4836258 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม.
(การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวบรวมงานวิจัย จากฐานข้อมูลต่างๆ ทางอิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 16 เรื่อง ได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ พบว่าระยะเวลาของการบำบัดอยู่ระหว่าง 3 - 16 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง นาน 2 วันถึง 24 สัปดาห์ ความถี่ในการทำกลุ่มตั้งแต่ 2 วัน ติดต่อกันถึงทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมกลุ่มเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม วิธีในการดูแล การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านจิตใจ การจัดการความเครียด ขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 3-19 คน ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นวิชาชีพ ด้านสุขภาพ แต่ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์พบว่าเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความรู้สึกเป็นภาระ 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ ทำกลุ่มระหว่าง 8 - 15 ครั้งครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่ม 1 - 2 สัปดาห์ต่อครั้งระยะเวลารวม 8 - 16 สัปดาห์ ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาประกอบโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ความโกรธ และซึมเศร้า ขนาดของกลุ่ม อยู่ระหว่าง 3 - 14 คน ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการดำเนินกลุ่ม และการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้เข้าร่วมกลุ่มคือผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่มีความรู้สึกเป็นภาระ ผลลัพธ์ช่วยเพิ่มการจัดการกับปัญหา เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และลดภาวะซึมเศร้า องค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ : กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา / ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

278 หน้า

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS FOR CAREGIVERS OF OLDER ADULTS WITH DEMENTIA

NUMPHOL KINGKAN 4836258 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.
(PSYCHIAITRIC AND MENTAL HEALTH NURSING),
PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (NURSING ADMINISTRATION)

ABSTRACT

The present study's aim was to analyze research studies on the use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia. Research studies were collected from electronic databases and libraries. Sixteen research studies that qualified for inclusion based on criteria were selected. Major findings were concluded as follows. There are 2 types of psychoeducation groups. The first type of psychoeducation group was mentioned in ten studies, and focused on teaching knowledge regarding dementia and caregiving skills as well as emotional support. These groups had anywhere from three to 16 sessions. The group sessions lasted 1 -2 hours. The frequency of group therapy varied from twice a week to every other week and therapy lasted from two days to twenty four weeks. The content of the group session involved knowledge of dementia, skill training, and emotional support. Group sizes were three to 19 members. Groups were led by experienced therapists in a multidisciplinary team who had experience in caring for patients with dementia. The group members were primary caregivers of older adults with dementia who had stress. This type of group helped caregivers by increasing their knowledge, improving their quality of life, and reducing their feelings of burden. The second type of psychoeducation group was mentioned in six research studies, and focused on emotional management. These groups had anywhere from eight to 15 sessions. Group sessions lasted 90 to 120 minutes. The frequency of group therapy varied from once a week to every other week and lasted from 8 to 16 weeks. The content of the group sessions involved stress coping, and anger and depression management programs. The group size was three to 14 members. These groups were led by an experienced therapist in a multidisciplinary team who had experience as a group leader. The members were primary caregivers of older adults with dementia who felt burdened. This group helped caregivers by increasing positive coping strategies, improving quality of life, and reducing depression. The findings from analysis can be applied to develop guidelines for helping primary caregivers of older adults with dementia.

KEY WORDS: PSYCHOEDUCATION GROUP / DEMENTIA CAREGIVERS

278 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Study objective)	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected outcomes and benefits)	5
คำจำกัดความ (Definition of term)	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	9
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	40
กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	48
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	57
แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย	62
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
คุณภาพงานวิจัย	66
ประเภทของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	67
เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	98

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	
คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ	105
ประสิทธิผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ	105
โรคสมองเสื่อม	
กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	107
ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ	
กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	108
ที่เน้นการจัดการอารมณ์	
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	115
ข้อเสนอแนะ	120
การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์	120
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	125
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	126
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	146
รายการอ้างอิง	170
ภาคผนวก	182
ประวัติผู้ศึกษา	278

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
2 แสดงรายชื่องานวิจัยสืบค้นและนำมาสังเคราะห์	63
3 แสดงผลการสรุปเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	99
4. แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	183

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ และมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ปัญญา ที่มีหลายรูปแบบและอาการผิดปกตินี้ไม่สามารถกลับสภาพเดิมได้ ยกเว้นโรคสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบได้ร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 50 ในประชากรที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป (จักรกฤษณ์ สุขอิ่ง, 2548) ในปีค.ศ. 2030 ประเมินการว่าทั่วโลกจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 63 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 114 ล้านคนในค.ศ. 2050 ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.2047 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่า 9 ล้านคน (Laine & Goldmann, 2008) จากการสำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมพบว่า ในประเทศอังกฤษมีความชุกร้อยละ 1.1 ในยุโรปตอนใต้มีความชุกร้อยละ 3.9 – 5.2 ในผู้อายุ 70 – 84 ปี (Thompson et al., 2007) การศึกษาในประเทศในเอเชีย เช่นในเกาหลีใต้พบว่ามี ความชุกร้อยละ 2.6 ในผู้อายุ 65–69 ปี (Lee et al., 2002) จะเห็นได้ว่าความชุกของโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นอย่างชัดเจน โรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุและมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง สำหรับสาเหตุของโรคที่แท้จริงยังไม่ชัดเจน แต่มีหลักฐานที่เชื่อว่าน่าจะมาจากหลายสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่นการเสื่อมสลายของเซลล์สมองที่เรียกว่าโรคอัลไซเมอร์ การมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในสมอง การขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามิน B12 การแปรปรวนของระบบเมตาโบลิซึมของร่างกาย การถูกระบบกระเทือนที่ศีรษะ และเนื้องอกในสมอง เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้นำไปสู่ความบกพร่องทางสติปัญญา ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องประสบกับปัญหาต่างๆได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทักษะในการ

ติดต่อสื่อสารลดลง รวมถึงความบกพร่องเกี่ยวกับการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542; Laine & Goldmann, 2008)

อาการของโรคสมองเสื่อมแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทางสติปัญญา และบุคลิกภาพ อาการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของโรค โดยในระยะแรกของโรคสมองเสื่อมผู้ป่วยจะดูปกติเหมือนคนทั่วไป ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้ จะสังเกตเห็นความผิดปกติค่อนข้างยาก ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้น มักมีการถามซ้ำซากจนผิดสังเกต และผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า มีปัญหาการใช้ภาษา การใช้คำต่างๆในการพูด ระยะนี้ผู้ป่วยจำนวนมากจะเริ่มรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองผิดปกติจะพยายามไปพบแพทย์ด้วยปัญหาความจำไม่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2548) ระยะกลางของโรคผู้ป่วยเริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาด้านสุขภาพจิต อาจมีอาการทางจิตเช่นหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหลงผิด (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551) สูญเสียความทรงจำระยะสั้นมากขึ้น รับประทานอาหารแล้วจำไม่ได้ว่ารับประทานแล้ว ความจำเก่าจะเริ่มเสียไป การพูดจะยิ่งซ้ำและสั้น การพูดประโยคยาวๆจะไม่รู้เรื่อง มีความสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆด้วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548; ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549) สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถในการตัดสินใจจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ในการให้การช่วยเหลือดูแล (สมทรง จุไรทัศนีย์, 2550) ในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล ทำให้พลัดหลงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย และไม่สามารถบอกความต้องการได้ทำให้ขับถ่ายเลอะเทอะ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549; Michon, Weber, Rudhard-Thomazic, & Giannakopoulos, 2005)

การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ในระยะแรกผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ระยะกลางของโรคผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือมากขึ้นในเรื่องกิจวัตรประจำ และป้องกันการพลัดหลงจากการสูญเสียความทรงจำระยะสั้นเพิ่มขึ้น ในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ มีปัญหาการกลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ (ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549) ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้อาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย การเฝ้าระวังอันตรายทั้งภายในและภายนอกบ้าน ต้องให้การดูแลตลอด ยืนนานภาระการดูแลยิ่งมากขึ้นและหนักขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) จึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยากยิ่งและซับซ้อนต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542) จากการศึกษาของเดวิส และทรีมอนท์ (Davis & Tremont, 2007) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง

เสื่อมประมาณ 50% ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกายเช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกอ่อนล้า เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์พบว่าผู้ดูแลจะมีความเครียด ท้อแท้ หดเหี่ยวแรง (รัชฎา รักษนาม, 2543) มีอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ และรู้สึกอับอาย (Davis & Tremont, 2007; Michon et al., 2005) ผลกระทบทางด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดอิสระในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลอย่างมาก (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) และผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ดูแลจะขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจได้ (รัชฎา รักษนาม, 2543; ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549; สมทรง จุไรทัศนีย์, 2550) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาทางด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้เกิดความอับอายได้ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว (สมทรง จุไรทัศนีย์, 2550; Zabalegui et al., 2008) และภาระที่ต้องรับภาระหนักอย่างโดดเดี่ยวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถูกทอดทิ้ง (กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้ดูแลมีความเครียด รู้สึกกดดันทางอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (กรมสุขภาพจิต, 2548; ปิยภรณ์ จันทร์โพธิ์, 2547) การได้รับความกดดันทางจิตใจต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากการเผชิญกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเกือบตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีปัญหาในเรื่องสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) และจากบทบาทในการดูแลนี้เองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดสูง และมีความรู้สึกเป็นภาระในที่สุด (จอม สุวรรณโณ, 2542) ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบเหล่านั้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลมีวิธีแก้ไขปัญหาค่อนข้างแตกต่างกัน และผู้ดูแลจำนวนมากไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้ (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลส่วนใหญ่ พบว่าขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (ศิริพันธ์ ศาสัตย์ และคณะ, 2543) เนื่องจากการขาดความรู้เรื่องโรค การดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีความเกี่ยวข้องทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจ เกิดความรำคาญ นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง และเกิดผลกระทบกับตัวผู้ดูแลเองดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวของผู้ดูแล

การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมให้มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยและเข้าใจผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียด และเพิ่มความผาสุก ลดความเศร้าจึงมีความจำเป็น เพราะจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมด้วย เนื่องจากอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขาดประสบการณ์ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar & Newens, 2543; สกาวรัตน์ เทพประสงค์, 2548) จากการศึกษาของเดอนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีอยู่ 3 ด้านได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ ความต้องการการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ความต้องการการช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหรือแหล่งอื่นๆ ด้านการสนับสนุนทางจิตเจนนั้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการมากที่สุด (ปิยภรณ์ จันทร์โพธิ์, 2547) ดังนั้นวิธีการดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะการจัดการปัญหา การดูแล และการให้การสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และจากการศึกษาของธอมป์สันและคณะ (Thompson et al., 2007) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า มีวิธีการช่วยเหลือหลายวิธีคือ กลุ่มเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติ โดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ และลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในตัวเอง เพิ่มความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา ซึ่งตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีรูปแบบของกลุ่มที่เป็นการให้ความรู้อันประกอบด้วย การให้ความรู้ โดยมีเป้าหมายการให้ข้อมูล การเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วย และการเผชิญความเครียด การปรับประคองทางอารมณ์ และการจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (เขาวภา ยงคิมิตรภาพ, 2546; Acton & Kang, 2001) ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความเครียด ลดรู้สึเป็นภาระ ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลและการจัดการการดูแลผู้ป่วย (Thompson et al., 2007) ช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลดีขึ้น ลดอัตราการนำผู้ป่วยมารักษาไว้ในโรงพยาบาล (Chien & Lee, 2008) จึงเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นวิธีการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญามีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแล ให้การพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการที่ให้การ

ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยตรง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการบำบัด และช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยจะทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม อันจะส่งผลให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และจะเป็นประโยชน์ทั้งใน โรงพยาบาลและในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อวิเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในประเด็นต่อไปนี้ 1) รูปแบบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 2) องค์ประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาและเนื้อหากิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดำเนินการกลุ่ม ผู้ร่วมกลุ่ม และ 3) ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแล และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

คำจำกัดความ (Definition of term)

ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder, IV: DSM-IV TR) คือมีความบกพร่องของความจำหลายด้าน โดยแสดงออกทั้งความจำเสื่อมไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนรู้มาแล้วได้ และมีความผิดปกติใน 1 ข้อหรือมากกว่าดังนี้คือ ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) บกพร่องในการ ประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) ไม่สามารถจำหรือ รู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทการรับรู้ปกติ (Agnosia) ความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหาร (Executive function) เช่น การวางแผน การประมวลผล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม โดยก่อให้เกิดความ บกพร่องทางสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของ โรคเริ่มอย่างช้าๆ และมีความจำที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; American Psychiatric Association, 2000)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา และญาติพี่น้อง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Hunt , 2003)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง วิธีการดูแลช่วยเหลือที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ หรือการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นกลุ่มบำบัดที่นำโดยพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพที่ได้รับการศึกษา และฝึกอบรมในหลักสูตร หรือฝึกอบรมโดยเฉพาะการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา จัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย (London, 2008; Lukens, & Mcfarland, 2004) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ทักษะการจัดการกับความเครียด และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Marano & Bravo, 2002)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย
สูงอายุโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยจัดเป็นหัวข้อ
ดังต่อไปนี้

1. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายโรคสมองเสื่อม
- 1.2 ระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อม
- 1.3 การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม
- 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม
- 1.5 ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม
- 1.6 ชนิดและสาเหตุของโรคสมองเสื่อม
- 1.7 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.8 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโรคสมองเสื่อม
- 1.9 การรักษาโรคสมองเสื่อม
- 1.10 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
- 1.11 บทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2 ประเภทของผู้ดูแล
- 2.3 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
- 2.4 ผลกระทบของผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
- 2.5 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
- 2.6 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

3. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

- 3.1 แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
- 3.2 ความหมายกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
- 3.3 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
- 3.4 วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
- 3.5 กระบวนการกลุ่ม
- 3.6 องค์ประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
- 3.7 บทบาทของผู้นำกลุ่ม
- 3.8 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 3.9 การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมคือภาวะที่สมองมีการสูญเสียระดับของความจำ (memory function) สติปัญญา (cognitive function) ในขณะที่สติสัมปชัญญะปกติ (Bourgeois, Seaman, & Servis, 2003 as cited in Townsend, 2008)

ความหมายของโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ใช้ตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition; DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) หมายถึง (1) ภาวะที่สมองมีความบกพร่องของความจำหลายด้านโดยแสดงออกทั้ง 1) ความจำเสื่อม โดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของการรู้คิดของสมอง หนึ่งข้อหรือมากกว่าหนึ่งข้อดังนี้คือ (a) ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสีย เช่น ไม่สามารถบอกชื่อคนและสิ่งของ (b) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (c) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Agnosia) (d) เสียหน้าที่ในเชิงบริหาร (executive function) ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆ และมีสติปัญญาเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง (American Psychiatric Association, 2000)

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) คือ สภาพการทำงานด้านสติปัญญาลดลง ที่เกิดจากเนื้อเยื่อในสมองหรือระบบประสาทเสื่อมคุณภาพ อาการมักดำเนินอย่างช้าๆ ทำให้ขาดความสามารถ ในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แสดงอาการที่เด่นชัดคือการสูญเสียความจำร่วมกับการสูญเสียความสามารถบางอย่างที่เคยทำได้มาก่อน

โรคสมองเสื่อมเป็นที่โรคของสมองที่ไม่ได้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงปกติในวัยสูงอายุ มีความจำเสื่อม และมีความผิดปกติของการรับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล (orientation) และการรู้คิด (cognition) การใช้ภาษาหน้าที่เชิงบริหารโดยความผิดปกติรุนแรงจนทำให้มีการบกพร่องในการทำงาน (Boyle, Ismail, & Porsteinson, 2006)

สรุปได้ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองโดยมีความบกพร่องของความจำหลายด้าน โดยแสดงออกทั้งความจำเสื่อมและมีความผิดปกติด้านการรับรู้ การใช้ภาษา ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ และมีความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหาร โดยก่อให้เกิดความบกพร่องทางสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆ และมีความจำที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระดับวิทยาของโรคสมองเสื่อมจะขอล่าไว้ในหัวข้อต่อไป

1.2 ระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อม

การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อมผู้ศึกษาขอล่าเป็น 3 ด้านคือ อุบัติการณ์ภาพรวม อุบัติการณ์ตามเพศและอุบัติการณ์ตามช่วงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

1) อุบัติการณ์ภาพรวมในต่างประเทศเช่นในประเทศออสเตรเลียพบอุบัติการณ์ 800 คนต่อประชากรทั่วไป 1 แสนคน (Woodward, 2009) ในประเทศญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์ 42.3 คนต่อประชากร 1 แสนคน (Ikejima et al, 2009) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ดังนี้ สามารถ นิธินันท์ (2540) พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10.2 ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา วันเพ็ญ เชาววัง (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดนครราชสีมา พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม 10.29 ต่อประชากร 1,000 คน และมาโนช ทับมณี (2544) ศึกษาความชุกและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 27.3

2) อุบัติการณ์ตามเพศพบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์มากกว่าเพศชายในโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และเพศชาย มากกว่าเพศหญิงในโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (American Psychiatric Association, 2000) จากการวิจัยของดาร์ทิกส์ (Dartigues, 2004) เรื่องปัจจัยเสี่ยงอุบัติการณ์และความชุกของโรคสมองเสื่อมในประเทศฝรั่งเศส พบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์มากกว่าเพศชาย โดยในช่วงอายุมากกว่า 90 ปี พบในเพศหญิง 81.7% ในเพศชาย 40.1%

3) ตามช่วงอายุพบอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปได้ร้อยละ 2-4 (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ในประชากรอายุ 70-84 ปี พบความชุกร้อยละ 3.9-20 (American Psychiatric Association, 2000; Thompson et al., 2007) ในประชากรอายุมากกว่า 85 ปี ขึ้นไปพบร้อยละ 20-40 (Sadock & Sadock, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศในเอเชียเช่นในเกาหลีใต้พบร้อยละ 32.36 ในผู้อายุ 85 ปีขึ้นไป (Lee. et al., 2002) ด้านอุบัติการณ์ และในประชากรอายุมากกว่า 95 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 48.9 (Bottino et al., 2008) เมื่ออายุมากขึ้นอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นเท่าตัวในทุกๆ 5 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น (สมพร บุษราทิจ, ธาณี เศรษฐจันทร์ และกนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2551)

การประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นในประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่าในปี ค.ศ. 2047 จะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวนมากกว่า 9 ล้านคน (Laine & Goldmann, 2008) และในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 11 ถึง 16 ล้านคน (Alzheimer's Association, 2007) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2548 มีผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 229,100 คน คาดว่าในปี

พ.ศ. 2593 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่า 1 ล้านคน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549) จะเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้นโรคสมองเสื่อมจึงเป็นโรคที่สำคัญจึงควรมีการศึกษาทบทวนเพื่อได้องค์ความรู้ใหม่ ๆ สำหรับนำมาใช้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

1.3 การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

การวินิจฉัยโรคภาวะสมองเสื่อม ในทางคลินิกประเมินจากการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการและอาการแสดง เช่น ความทรงจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจแย่ง (นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และพชรวุฒิกานูชนาคนินทร์, 2545; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549) โดยประเมินความบกพร่องทางสติปัญญาในด้านต่างๆ ใช้แบบทดสอบเช่น mini mental state examination (MMSE) (Folstein, M.F. et al, 1975) ซึ่งมีคำถามเพื่อประเมิน orientation, recall, registration, calculation, language และ visuospatial ability มีคะแนนทั้งหมดเท่ากับ 30 คะแนน โดยแบ่งความรุนแรงตามการให้คะแนน ดังนี้ในช่วง 27- 30 คะแนนปกติ, คะแนนในช่วง 25- 26 คะแนน อาจจะมีสมองเสื่อม, คะแนนในช่วง 10- 24 คะแนน สมองเสื่อมระยะต้นถึงปานกลาง, คะแนนในช่วง 6 - 9 คะแนน สมองเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง และคะแนนในช่วงน้อยกว่า 6 คะแนน สมองเสื่อมรุนแรง

โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) คือ (1) มีความบกพร่องของสติปัญญาในหลายด้านโดยแสดงออกทั้ง 1) ความจำเสื่อมโดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของสติปัญญาหนึ่งข้อ หรือมากกว่าดังนี้คือ (a) ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) (b) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) (c) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ (Agnosia) (d) ผิดปกติในความคิดเชิงบริหาร (executive function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับการคิดเชิงนามธรรม และ (2) ก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆ และมีสติปัญญาเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง (3) ซึ่งไม่ได้เกิดจากสาเหตุต่อไปนี้ 1) สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและสติปัญญาอย่างต่อเนื่อง เช่น cerebrovascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease, subdural hematoma, normal pressure hydrocephalus, brain tumor 2) โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั่วไป ซึ่งทราบแล้วว่าเป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ เช่น hypothyroidism, vitamin B12 or folic deficiency, niacin deficiency, hypercalcemia, neurosyphilis, HIV infection) 3) ภาวะ Substance-

induced (4) ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะเพื่อและความผิดปกติไม่เข้ากับโรคอื่นใน Axis I ได้ดีกว่าเช่น Major Depressive Disorder, Schizophrenia (American Psychiatric Association, 2000)

อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมแบ่งเป็น 2 ลักษณะซึ่งจะขอล่าวในหัวข้อต่อไป

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม

อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ อาการด้านความจำเสื่อมและอาการด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชของโรคสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

1) อาการด้านความจำเสื่อม

1. ความจำบกพร่อง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางด้านการจำหลายอย่าง ได้แก่บกพร่องด้านความจำเฉพาะหน้า (immediate recall) หากทดสอบโดยให้พูดตัวเลข 5 ตัวตามทันที จะไม่สามารถพูดตามได้ครบ ต่อมาความจำปัจจุบันที่เพิ่งผ่านมาเร็วนี้เสียจะเสียไป (Recent memory) หากทดสอบโดยให้จำของ 3 สิ่ง ในเวลา 5 นาทีแล้วกลับมาถามใหม่ จะพบว่าผู้ป่วยจะนึกไม่ออก ในที่สุดจะจำเรื่องราวในอดีตไม่ได้ (Remote memory) เช่นจำบุคคลที่เคยรู้จักหรือคุ้นเคยไม่ได้ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

2. มีความบกพร่องของการรับรู้ การเข้าใจ แสดงออกโดยอาการเหล่านี้

2.1 ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสียไป (Aphasia)

ผู้ป่วยไม่สามารถบอกชื่อคนหรือสิ่งของได้ คำพูดของผู้ป่วยจะมีลักษณะคลุ้มเครือและวกวนหรือพูดไม่ได้เลย เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ dominate hemisphere ทั้งๆที่ความสามารถในการพูดปกติและยังเข้าใจภาษาพูดและภาษาเขียนอยู่ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

2.2 ไม่สามารถลงมือกระทำหัตถกรรมต่างๆได้เมื่อถูกบอก

ให้ทำทั้งๆที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ปกติ (Apraxia) ที่พบบ่อยคือ Ideational apraxia หมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำสั่งได้เช่น บอกให้หิวผมหรือเขียนหนังสือจะทำไม่ได้ และ Gait apraxia หมายถึงการเดินของผู้ป่วยผิดปกติโดยเดินลักษณะไม่มั่นคงและหกล้มง่าย อาการอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการทำอาหาร การแต่งตัว และการวาดรูปเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ corpus callosum หรือ subcortex (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2.3 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่มองเห็น ได้ยินหรือสัมผัสเป็น

อะไร (Agnosia) โดยที่ประสาทสัมผัสต่างๆยังได้อยู่ชนิดที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่มองเห็นเป็นอะไร (Visual agnosia) เช่น ให้ดูลูกกุญแจจะบอกไม่ได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ occipital lobe

ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร (Auditory agnosia) เช่น ให้ฟังเสียงกริ่งผู้ป่วยจะบอกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไร เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Temporal lobe ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่สัมผัสเป็นอะไร (Tactile agnosia) เช่น ให้กำเหรียญผู้ป่วยจะไม่ทราบ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ parietal lobe (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2.4 บทพร่องหน้าที่ในเชิงบริหาร (executive function) แสดงออกโดยอาการต่อไปนี้ (1) ไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม (2) ไม่สามารถวางแผนในการทำงาน (3) ขาดการริเริ่มและการติดตามให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และ (4) ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ frontal lobe หรือ subcortical pathways (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2) อาการด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชของโรคสมองเสื่อม Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: (BPSD) หรือ non-cognitive features ถึงแม้ว่าอาการด้านความจำเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่า แต่อาการด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชสามารถพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม 90% (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Snellgrove & Hecker, 2005) อาการ BPSD แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ 1) อาการทางด้านจิตใจ (psychological symptoms) และ 2) อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptoms)

1) อาการทางด้านจิตใจ (psychological symptoms) ได้แก่

อาการหลงผิด (delusion) ร้อยละ 40 ถึง 75 ของผู้ป่วยกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบมีภาวะหลงผิด (Chiu, 2009) เช่น หวาดระแวง อาการหลงผิดที่พบบ่อยคือแบบ paranoid delusion โดยเฉพาะรู้สึกว่ามีคนมาขโมยของ บางรายหลงผิดคิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนที่ตนเองรู้จัก คู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นที่ปลอมตัวมา คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน บางรายอาจพูดกับตนเองในกระจก เพราะคิดว่าเป็นอีกคนหนึ่งไม่ใช่ตนเอง บ้านที่อาศัยอยู่ไม่ใช่บ้านของตนเองญาติวางแผนทั้งตนและคู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะพบพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) สัมพันธ์กับความจำที่เสื่อมลงและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น และอาการหลงผิดอาจพบมีการฟุ้งของสมองส่วนขมับด้านขวา (Chiu, 2009)

อาการประสาทหลอน (hallucination) พบได้รองลงมาคือ ร้อยละ 14-49 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; Sadock & Sadock, 2007) และมักจะพบได้บ่อยที่สุดในระยะกลางของการป่วย คือประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) ผู้ป่วยมักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง ส่วนประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงแว่ว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย

นอนไม่หลับ ทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแลและอาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

อารมณ์เศร้า (depression) ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกอาจมีอาการซึมเศร้า (Chiu, 2009) เมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่างๆไป หรือภาวะเศร้าและภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดร่วมกันได้ การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าจะทำได้ยากในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระดับกลางและระดับรุนแรงมาก เนื่องจากความสามารถทางภาษาและการสื่อสารของผู้ป่วยเสียไป โดยระยะเริ่มแรกของอาการซึมเศร้าจะสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยบ่นว่ามีอารมณ์เศร้า หหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ พูดถึงเรื่องความตายและมีประวัติการป่วยในครอบครัว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบได้ตั้งแต่ 2.9-3.28 ต่อประชากร 1,000 คน (วันเพ็ญ เชาว์เชิง, 2545; วันเพ็ญ เชาว์เชิง และเกรกส พรหมดี, 2544)

อาการไร้อารมณ์ เฉยชา (apathy) พบได้ถึง 50-70% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เราจะพบว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่กระตือรือร้นที่จะทำอะไร จะชอบนั่งนิ่งๆ อยู่เฉยๆ ความคิดริเริ่มใหม่ๆ จะลดลง (พงศธร เนตราคม, 2549) พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต้นและกลาง อาจมีอาการไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

ความวิตกกังวล (anxiety) มักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า พบในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยรู้ความสามารถของตนเองลดลง ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ อาการวิตกกังวลอาจมีเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในหมู่คนมากหรือเดินทางไปแปลกถิ่นหรืออยู่ในความมืด อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย ร้องไห้ไม่มีเหตุผล (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ปัญหาการนอน (sleep problems) พบได้ร้อยละ 15-70 (Chiu, 2009) โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ หลับและตื่นไม่เป็นเวลา วงจรการหลับและการตื่นมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่นหลับ 1 วันสลับกับการตื่น 1 วัน หรือนอนไม่หลับ หลับยาก หลับไม่สนิท (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ผู้ป่วยมักไม่ยอมนอนในตอนกลางคืนจะลุกมาเดินจูงง่านในบ้าน หรือเดินออกนอกบ้าน เนื่องจากมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล จึงเป็นปัญหาอย่างมากกับญาติหรือผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

ภาวะอารมณ์แปรปรวน (catastrophic reaction) เช่นทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2) อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก (mild dementia) 18% ในระยะท้ายหรือระยะรุนแรงพบได้ถึง 50% (Chiu, 2009) ประกอบด้วยอาการ ดังนี้

การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (wandering) เป็นหนึ่งในอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย และเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวช ลักษณะอาการ wandering เช่น เดินหาข้าวของ เดินไปมาพยายามจะทำงาน (ซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จ) เดินไม่มีจุดหมาย พยายามหนีออกจากบ้าน อาการเหล่านี้พบได้ร้อยละ 3-53 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

อาการกระวนกระวาย (agitation) แสดงออกมาในลักษณะของการกรีดร้องหรือพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งต้องแยกจากอาการสับสน (Delirium) และการกระทำเมื่อถูกขัดใจ ลักษณะก้าวร้าว กระวนกระวาย พบได้ร้อยละ 16-64 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติอื่นๆ เช่น ความผิดปกติด้านความอยากอาหาร และพฤติกรรมรับประทานอาหาร (appetite and eating disorder) พบได้ร้อยละ 10-80 และพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม (socially improper behaviours) การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และไม่ระงับอารมณ์เพศของตน (sexual disinhibition) พบได้ร้อยละ 2-17 การกลั่นแกล้ง ปัสสาวะไม่ได้พบได้ร้อยละ 10-80 (Chiu, 2009) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดคือ อายุมากขึ้นจะมี severe cognitive impairment และ premorbid personality trait ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ทำร้าย พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พบได้ร้อยละ 38 ของโรคอัลไซเมอร์ระยะแรกหรือปานกลาง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมดังที่ได้กล่าวข้างต้นยังสามารถแบ่งเป็นระยะตามความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไปนี้

1.5 ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม

ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 3 ระยะ และสามารถแบ่งให้ละเอียดได้เป็น 7 ระยะ (Towsend, 2008)

ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

1. ระยะแรกหรือ ระยะที่ไม่รุนแรง (mild dementia)

ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 1-3 ปี จะมีอาการสูญเสียความทรงจำที่เห็นได้ชัดคือ การสูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำๆจนผิดสังเกต ผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าการใช้คำถามต่างๆในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของ เริ่มไม่ถูกต้อง (anomia) บางครั้งอาจต้องใช้คำอธิบายแทนหรือเรียกชื่อใหม่เอง (paraphasia) แต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ในด้านกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำยังสามารถตัดสินใจได้ แต่ในเรื่องของการคิดเชิงซ้อนพบว่ามีความบกพร่อง เช่น การคิดบัญชี การซ่อมแซมบ้านด้วยอุปกรณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2548; ธีรวัฒน์ เผ่ากัณหา, 2541; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2. ระยะกลาง (moderate dementia)

ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2-10 ปี ระยะกลางของโรคผู้ป่วยเริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาด้านสุขภาพจิต อาจมีอาการทางจิตเช่นหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหลงผิดฝังใจอย่างมากกับเรื่องที่ตนคิดขึ้นมาเช่น กล่าวร้ายคนในบ้านว่าขโมยของ สูญเสียความทรงจำระยะใกล้มากขึ้นเช่นรับประทานอาหารแล้วจำไม่ได้ว่ารับประทานแล้ว บ่นของหายเพราะจำที่ไว้ไม่ได้ จำญาติที่ห่างจากตัวไปไม่ได้ รื้อค้นของทั้งวัน ความจำเก่าจะเริ่มเสียไป การพูดจะยิ่งซ้ำและสั้น การพูดประโยคยาวๆจะไม่รู้เรื่อง มีความสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองได้ และความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548; ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549; สมทรง จุไรทัศน์, 2550) และพบว่าในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลมักพบปัญหาเรื่องความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพราะคิดว่าอาการบางอย่างที่เกิดขึ้นผู้ป่วยแกล้งทำ อาจจะเกี่ยวเนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย (สกวรัตน์ เทพประสงค์, 2548)

3. ระยะท้ายหรือระยะรุนแรงมาก (severe dementia)

ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 3-12 ปี เป็นระยะสุดท้ายของโรคโดยระยะนี้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้ จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และไม่สามารถบอกความต้องการได้ทำให้ขับถ่ายเลอะเทอะ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถพูดได้เป็นคำๆ นอนซึม แขนขาเกร็งไม่เคลื่อนไหว ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงและต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลากระทั่งเสียชีวิต (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549; Michon et al, 2005) การเสียชีวิตมักมาจากสาเหตุ โรคปอดบวม จากการสำลักอาหารหรือเสมหะ หรือการติดเชื้อจากแผลกดทับ (กรมสุขภาพจิต, 2548) นอกจากนี้ยังสามารถพบอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ร้อยละ 10-20 เช่น มีอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (Agitation) หลงผิดคิดว่าบุคคลหรือสิ่งของในบ้านเป็นสิ่งแปลกปลอมเข้ามา หรือหลงผิดคิดว่าเหตุการณ์ในโทรทัศน์ หรือสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นจริง ประสาทหลอนเห็นภาพ และมีภาวะซึมเศร้า (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2551)

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ออกเป็น 7 ระยะ (Towsend, 2008) เรียกว่าฟาสต์สเตจจิง (FAST staging) หรือ Global Deterioration Scale (GDS) ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ระยะไม่ปรากฏอาการชัดเจน (No apparent symptoms) การเจ็บป่วยในระยะแรกยังไม่ปรากฏอาการความจำเสื่อมให้พบ อาจมีอาการหลงลืมแต่อาการยังไม่เด่นชัดที่ทำให้ตัวผู้ป่วยและคนรอบข้างสังเกตเห็น

ระยะที่ 2 ระยะหลงลืม (Forgetfulness) ผู้ป่วยจะเริ่มต้นด้วยการลืมสิ่งของลืมชื่อคน จะมีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวว่ามีการเสื่อมถอยเกี่ยวกับสติปัญญา จะมีความรู้สึกอับอาย วิตกกังวล และเศร้ากับอาการที่เป็น ซึ่งจะชัดเจนด้วยการจดรายการสิ่งของต่างๆ อาการเหล่านี้ผู้อื่นยังสังเกตไม่พบ

ระยะที่ 3 ระยะความจำเสื่อมเล็กน้อย (Mild cognitive decline) ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะสับสนปรากฏขึ้น ระยะนี้จะมีการรบกวนประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งผู้ร่วมงานจะสังเกตเห็นได้ ผู้ป่วยอาจขับรถหลงทาง สมาชิกจะถูกรบกวน มีความยากลำบากในการเรียก ชื่อคน การใช้คำจนคนในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดสามารถสังเกตได้ ความสามารถในการวางแผนจะลดลง

ระยะที่ 4 ระยะความจำเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to moderate cognitive decline) ผู้ป่วยจะลืมเหตุการณ์สำคัญส่วนตัวในอดีต เช่น ลืมวันเกิด ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง เช่น การซื้อของ การจัดการเรื่องการเงิน ไม่สามารถเข้าใจเหตุการณ์ใหม่ในปัจจุบันได้ ระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองความจำเสียไป มีความพยายามโดยกุเรื่องขึ้นมาใหม่ (confabulation) ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม

ระยะที่ 5 ระยะความจำเสื่อมปานกลางหรือภาวะสมองเสื่อมเริ่มต้น (Moderate cognitive decline, early dementia) ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะแรกของโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ได้ด้วยตนเองเช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ป่วยจะมีการลืมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และชื่อญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยเริ่มสับสนเกี่ยวกับ เวลา และสถานที่ แต่ยังสามารถจำรายละเอียดเกี่ยวกับตนเองได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกลังเลใจ แยกตัว และหมกมุ่นเกี่ยวกับตัวเอง

ระยะที่ 6 ระยะความจำเสื่อมปานกลางถึงรุนแรงหรือภาวะสมองเสื่อมปานกลาง (Moderate to severe cognitive decline, middle dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ส่วนตัวในอดีต ไม่สามารถจำชื่อของคู่สมรสได้ มีภาวะสับสน การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเสียไป โดยผู้ป่วยไม่สามารถบอกวัน เดือนปีหรือฤดูได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องมีคนช่วยเหลือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระบบปัสสาวะและอุจจาระได้ มีปัญหาในการนอน มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวเช่น การเดินอย่างไร้จุดหมาย (wandering) ทำอะไรซ้ำๆ สับสนวันเวลาและพฤติกรรมก้าวร้าว อาการเหล่านี้จะเป็นมากขึ้นในช่วงบ่ายและเย็นเรียกว่า sun downing นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมี

ความยากลำบากในการสื่อสาร สูญเสียทักษะการใช้ภาษา ระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล

ระยะที่ 7 ระยะความจำเสื่อมรุนแรงหรือภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe cognitive decline, late dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถจำคนในครอบครัวได้ ส่วนใหญ่ต้องนอนอยู่กับเตียง สูญเสียความสามารถในการพูด กลืนอาหารจะปัสสาวะไม่ได้ จะพบปัญหาที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหวเช่นแผลกดทับและข้อติด ระยะนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะนอนติดเตียง กล้ามเนื้อจะแข็งเกร็ง ข้อติด และจะมีโรคแทรกซ้อนคือปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องดูแลกิจวัตรทั้งหมด มีความผิดปกติในการนอนหลับ วงจรการนอนหลับและตื่นเปลี่ยนแปลง และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อ การสำลักอาหาร (Stanley, Blair, & Beare, 2005, as cited in Townsend, 2008)

เมื่อนำการแบ่งระยะทั้งสองแบบมาเปรียบเทียบกัน พบว่าในระยะแรก(mild dementia) ตรงกับระยะ 1-5 ในฟาสเตจจิง (FAST staging) ค่าคะแนน MMSE (Mini mental state exam) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้จะน้อยกว่า 18 ระยะกลาง (moderate dementia) ตรงกับระยะ 6 ในฟาสเตจจิง (FAST staging) ค่าคะแนน MMSE อยู่ระหว่าง 10-18 ระยะท้ายหรือระยะรุนแรงมาก (severe dementia) ตรงกับระยะ 7 ในฟาสเตจจิง (FAST staging) ค่าคะแนน MMSE น้อยกว่า 10 (American Psychiatric Association, 2007) ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากหลายๆสาเหตุด้วยกัน ซึ่งจะขอกล่าวในหัวข้อต่อไป

1.6 ชนิดและสาเหตุของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิ (Townsend, 2008)

โรคสมองเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary dementia) คือโรคสมองเสื่อมที่มีสาเหตุเกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง (Degenerative change) พบว่ามีการลดลง การผลิตสารสื่อประสาทที่เรียกว่า Acetylcholine ลดลง ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการปลุกเร้า (arousal) การเรียนรู้ (learning) และความจำ (memory) การเกิด Beta-amyloid proteins ในสมองมากขึ้น ทำให้ Neuron จะถูกทำลาย ทำให้เลือดหมุนเวียนไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือ Neuron ที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จึงเกิดอาการบกพร่องทางสมอง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ส่วนใหญ่ถ้าไม่ได้รับการรักษา ลักษณะอาการจะค่อยๆ เสื่อมลงอย่างช้าๆ ในระยะท้ายๆ จะมีอาการมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) โรคสมองเสื่อมชนิดปฐมภูมิมิสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด คือร้อยละ 60-70 (Jalbert, Diello & Lapane, 2008) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากโรคพรีออนโตเทมพารอล โรคพาร์กินสัน และลิวบอดี (สิรินทร ฉันทศิริ กาญจน, 2544)

โรคสมองเสื่อมชนิดทุติยภูมิ (secondary dementia) คือโรคสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากโรคหรือสาเหตุอื่นๆเช่น โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) พบร้อยละ 15-25 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Feil, Maclean, & Sultzer, 2007) โรคสมองเสื่อมจากภาวะความผิดปกติจากกระบวนการเมตาบอลิกของร่างกาย หรือจากต่อมไร้ท่อ (Endocrine) เช่นภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ โรคสมองเสื่อมจากการขาดวิตามินจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเช่นภาวะขาดวิตามินบี 1 วิตามินบี 2 และขาดโฟลิกแอซิด โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ เช่น โรคน้ำในช่องสมอง (normal pressure hydrocephalus) ภาวะเนื้องอกในสมอง โรคสมองเสื่อมจากโรคเอดส์ (Dementia due to HIV disease) โรคสมองเสื่อมจากสมองอักเสบจากการติดเชื้อ และโรคสมองเสื่อมจากการได้รับสารพิษเช่น พิษจากยา สุรา โลหะหนัก ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าได้รับการรักษาแล้วอาการจะดีขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; Townsend, 2008)

สาเหตุของโรคสมองเสื่อมจะขอกกล่าวในรายละเอียดของแต่ละโรคดังนี้

1) โรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Dementia of Alzheimer's type)

จัดเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดปฐมภูมิ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) มีลักษณะพยาธิสภาพที่สำคัญ 5 ประการ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; Sadock & Sadock, 2007; Woodward, 2009) ได้แก่

1. การเสื่อมของเซลล์สมอง(Neuropathology) มีการฝ่อเหี่ยวของสมองใหญ่ โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe)และสมองส่วน hippocampus gyrus ร่วมกับบริเวณ parietal lobe, temporal lobe และ cerebellum เซลล์ประสาทลดจำนวนลงประมาณร้อยละ 5-10 จากจำนวนทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุปกติ เซลล์ประสาทที่เหลือมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปคือ จำนวน dendrite ลดลง (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541) การเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองจะเริ่มก่อนปรากฏอาการ 10-20 ปี (Woodward, 2009)

2. เบต้าอะมัยลอยด์พลาเกต์ (Beta-Amyloid plaques) เกิดจากโปรตีนอะมัยลอยด์พรีเคอร์เซอร์ (amyloid precursor protein) โดยโปรตีนอะมัยลอยด์พรีเคอร์เซอร์จะไปจับบริเวณเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท และจะมีเอนไซม์มาตัดโปรตีนอะมัยลอยด์พรีเคอร์เซอร์ออกเป็นโปรตีนชิ้นเล็กๆ เรียกว่า เบต้าอะมัยลอยด์พลาเกต์ (Beta-Amyloid plaques) และจะรวมกันเป็นก้อนที่เรียกว่า พลาเกต์ (plaques) ก้อนพลาเกต์ เหล่านี้จะรบกวนการทำงานของเซลล์ประสาทกระทบต่อสมองส่วนความจำ (Hypocampus) และบริเวณเปลือกสมอง (Woodward, 2009)

3. Neurofibrillary tangles (NFT) ภายในโครงสร้างของเซลล์ประสาท ประกอบด้วย microtubules จำนวนมาก โปรตีนที่ชื่อว่า tau protein ในสภาวะปกติ tau protein ทำหน้าที่ช่วยให้โครงสร้างของ microtubules คงอยู่ได้ ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีการเปลี่ยนแปลงของ tau protein ทำให้มีการพังของ microtubules ซึ่งทำให้โครงสร้างของ microtubule ผิดปกติ มีผลต่อการส่งต่อของระบบ neurotransmitters ตาม axon ต่างๆ ทำให้ cell ตายในที่สุด ซึ่ง tau protein รวมกันเป็นก้อนที่เรียกว่า Neurofibrillary tangles (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; Woodward, 2009)

4. สารสื่อประสาท สารสื่อประสาทที่มีส่วนอย่างมาก เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ คือ acetylcholine และ norepinephrine ทั้งคู่เป็นสารกระตุ้นประสาทพาราซิมพาเธติก โดยกระตุ้นผ่าน acetylcholine ที่ปลายเซลล์ประสาท (Sadock & Sadock, 2007) โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท acetylcholine ดังนี้

4.1 การลดลงของสารสื่อประสาท acetylcholine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความจำ และการเรียนรู้ของสมอง (Hogan et al, 2008) พบว่าความสามารถของเนื้อเยื่อสมองที่จะสังเคราะห์ acetylcholine ลดลง ปริมาณของ cholinergic cell ในสมองลดลงการทำหน้าที่ของ choline acetyltransferase ลดลง ทำให้การสังเคราะห์ acetylcholine ลดลง (ระวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2541) ข้อมูลอื่นๆที่สนับสนุนของการขาดสารกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติกในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) ที่แสดงออกของการลดลงของ acetylcholine และ choline acetyltransferase นั้นพบว่าความเข้มข้นในสมองของ choline acetyltransferase ซึ่งเป็นเอนไซม์ (enzyme) ในการสังเคราะห์ acetylcholine ลดลง ทำให้มีการลดลงของ acetylcholine และจำนวน cholinergic neuron ลดลงทำให้เกิดอาการของโรค (Sadock & Sadock, 2007)

4.2 การลดลงของสารสื่อประสาทที่เรียกว่า norepinephrine การเกิดโรคอัลไซเมอร์สันนิษฐานว่าเกิดจากการลดจำนวนลงของ norepinephrine ในเซลล์ประสาท (neuron) ของสมองบริเวณ locus ceruleus ซึ่งพบได้จากการตรวจพยาธิสภาพของสมองในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Sadock & Sadock, 2007)

4.3 สารสื่อประสาทตัวอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ คือพบว่าการทำงานของระบบประสาท peptides ที่เรียกว่า somatostatin และ corticotrophin ซึ่งพบความเข้มข้นของทั้งสองลดลง ในบุคคลที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (Sadock & Sadock, 2007)

5. สาเหตุอื่นๆ อธิบายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์คือความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเยื่อหุ้มเซลล์เช่น (1) ความผิดปกติของระบบการควบคุมการเผาผลาญที่เยื่อหุ้ม

เซลล์ ส่งผลให้เยื่อหุ้มเซลล์มีน้ำน้อยลง และไม่ยืดหยุ่นเหมือนปกติ (2) อีกแนวคิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอัลไซเมอร์คือ สารอามิโนเป็นพิษ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีระดับอามิโนในสมองสูง แต่ในปัจจุบันแนวคิดนี้ถูกมองว่าไม่ใช่สาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคอัลไซเมอร์และ (3) การที่เซลล์ถูกกระตุ้นอย่างมากจากสารสื่อประสาทกลูตาเมต (glutamate) ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายกับเซลล์ประสาท (Sadock & Sadock, 2007)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) มีดังนี้

- 1) อายุ ความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าหลังอายุ 60 ปีคือ อายุ 60 ปี ความชุกร้อยละ 5 อายุ 75 ปี ความชุกร้อยละ 15 อายุ 85 ปีความชุกร้อยละ 50 (Bush, 2009)
- 2) พันธุกรรม ในชนิด early-onset มีความเสี่ยงร้อยละ 10 ในชนิด late-onset จะมีการถ่ายทอดทางยีนส์เช่น อะโปไลโปโปรตีนอี-4 (ApoE4) Down Syndrome, Amyloid ยีนส์จะถ่ายทอดในโครโมโซมที่ 21 (Bush, 2009)
- 3) เชาวนปัญญาต่ำชนิดดาวน์ซินโดม (Bush, 2009)
- 4) เพศพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Bush, 2009) เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 1.70 เท่าของเพศชาย และด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.10 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เรียนหนังสือ (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541)
- 5) ปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินชีวิต เช่น การได้รับความกระทบกระเทือน ที่ศีรษะและจากการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ที่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.19 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541) โรคหัวใจอาหารไม่ได้เป็นสาเหตุแต่มีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงยิ่งขึ้น ซึ่งอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงได้แก่ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีคาเฟอีน และอาหารที่มีแอนติออกซิแดนท์ต่ำ ความอ้วน และความพร่องการกระตุ้นทางสมอง (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551; Bush, 2009)

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)

วินิจฉัยจากประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิด อาการและอาการแสดง เช่น ความทรงจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจแย่ง (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2544) การตรวจภาพถ่ายสมอง (PET scan) ช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัย การตรวจ MMSE เหมาะสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อมเพื่อวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2008) คือ (1) มีการเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องของเชาว์ปัญญา (cognitive

function) ในหลายด้านโดยแสดงออกทั้ง 1) ความจำเสื่อม โดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของสติปัญญาหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้คือ (a) ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) (b) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) (c) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Agnosia) (d) มีความผิดปกติในการวางแผน การประมวล การวางลำดับหรือการคิดเชิงนามธรรม (Executive function) (2) ก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆ และมีสติปัญญาเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง (3)อาการของเหล่านี้ ไม่ได้เกิดจากสาเหตุ สภาพของระบบประสาทส่วนกลางและโรคอื่นๆ เช่น ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ สุรา (4) ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะเพื่อ

2) โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง Vascular Dementia (เดิมเรียก Multi-Infarct Dementia) เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดทุติยภูมิ โรคสมองเสื่อมชนิดนี้มักมีสาเหตุจากผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) หลายครั้ง หรือเป็นครั้งเดียวแต่มีอาการรุนแรง และพบบ่อยเป็นที่ 2 รองจากโรคอัลไซเมอร์ โดยพบประมาณร้อยละ 10-20 ของโรคสมองเสื่อมทุกชนิดรวมกัน (Woodward, 2009) พบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อน หรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลต่อระบบหลอดเลือด (cardiovascular) (Sadock & Sadock, 2007) และพบว่าการมีภาวะสมองขาดเลือดจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อม (McMurtray, Nakamoto, Shikuma, & Valcour, 2007) ภาวะนี้เป็นผลจากการที่สมองขาดเลือดซ้ำกันหลายครั้งในตำแหน่งต่างๆ กัน จนทำให้การทำงานของสมองเสื่อมเสียไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันและรักษาให้อาการดีขึ้นได้ (Sadock & Sadock, 2007)

ในการวินิจฉัยโรควินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองทำโดยการซักประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะประวัติโรคหลอดเลือด ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิด อาการและอาการแสดง เช่น ความทรงจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจแย่ง (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2544) การตรวจภาพถ่ายสมอง (PET scan) ช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัย การตรวจ MMSE เหมาะสำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551) เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) ใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2008) คือ (1) มีการเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องของเชาวน์ปัญญา (cognitive function) ในหลายด้านโดยแสดงออกทั้ง 1) ความจำเสื่อม โดยไม่

สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของรู้คิดของสมองหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้คือ (a) ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) (b) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) (c) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Agnosia) (d) ผิดปกติในความคิดเชิงบริหาร (executive function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับการคิดเชิงนามธรรม และ (2) ก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน (3) มีอาการและอาการแสดงบ่งว่าความผิดปกติในสมองเป็นเฉพาะที่หรือผลทางห้องปฏิบัติการชี้ว่ามีโรคเส้นเลือดในสมอง ซึ่งเป็นเหตุของความผิดปกติดังกล่าว (4) ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะเพื่อ

3) โรคสมองเสื่อมจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (Dementia due to Other General Medical conditions) ประกอบด้วยสาเหตุดังนี้

โรคสมองเสื่อมเนื่องจากโรคพาร์กินสัน (Dementia due to Parkinson's disease) สาเหตุยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เป็นโรคที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท (Degenerative change) ซึ่งอาจเกิดจากโรคสมองอักเสบ ขาดวิตามิน B₁₂ มักเป็นกับผู้ป่วยอายุ 50 ปีหรือมากกว่า และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย โรคพาร์กินสันมีความบกพร่องของการสร้างโดปามีนใน basal ganglia ในระยะหลังๆ ของโรคจะพบอาการสมองเสื่อมถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยซึ่งมีอายุมากกว่า 70 ปี ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรค คือ tremor, rigidity และ bradykinesia อาการสมองเสื่อมมักพบในผู้ป่วยที่อาการของโรคพาร์กินสันทรุดลงเร็วรวมทั้งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

โรคสมองเสื่อมจากโรคพิกส์ (Pick's Disease) มีชื่อใหม่ว่าโรคสมองเสื่อมฟรอนโตเทมพอรอล (Frontotemporal Dementia) โรคสมองเสื่อมฟรอนโตเทมพอรอล เป็นโรคสมองเสื่อมที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท (Degenerative change) และมีลักษณะทางคลินิกคล้ายกับโรคอัลไซเมอร์ (Kertesz, 2006) ซึ่งแยกจากกันได้ยาก อัตราการพบโรคนี้เท่ากับ 1 ใน 5 ของโรคอัลไซเมอร์ พบส่วนใหญ่ในวัยกลางคน ระยะเวลาเป็นโรคนานประมาณ 2-15 ปีสาเหตุที่สำคัญคือพันธุกรรม แต่รูปแบบการถ่ายทอดยีนยังไม่ทราบกันแน่ชัด พบว่าระดับ acetylcholine ลดต่ำลง พยาธิสภาพที่สำคัญได้แก่ sclerosis และ atrophy ของ frontal และ temporal lobes ลักษณะทางคลินิกของโรคนี้คล้ายกับโรคอัลไซเมอร์มาก โรคทั้ง 2 ชนิดนี้ไม่มีทางรักษาเช่นเดียวกัน ในโรคนี้ไม่มีพยาธิสภาพที่ parietal lobe ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่มีอาการ apraxia และ agnosia อาการที่จะปรากฏขึ้นในระยะเริ่มต้นของโรคนี้ได้แก่ พฤติกรรมขาดการควบคุม มีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดการดูแลเอาใจใส่สุขอนามัยของตัวเอง และมีการพูดจาแบบ echolalia ส่วนใหญ่ความจำเสียอย่างมากจะ

เกิดในระยะหลังๆ ของโรค ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีการเฉยเมย ไม่มีความสนใจสิ่งใดๆ โดยสิ้นเชิงและไม่พูด ไม่รู้สีกตัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

โรคสมองเสื่อมแบบลีวีบอดี (Lewy body dementia) เป็นโรคที่ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน เป็นโรคที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท (Degenerative change) พบว่ามีลักษณะสำคัญคือ พบเซลล์ประสาทที่เรียกว่า neuron มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลง (degeneration) มีพยาธิสภาพจำเพาะที่เรียกว่า Lewy body (สถาบันประสาทวิทยา, 2551). โดยเกิดพยาธิสภาพกับสมองทั้งในส่วน cortical และ subcortical ในบริเวณ brain stem, hypothalamus และ cortex พบ 10-20% ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด การวินิจฉัยเหมือนอาการของโรคอัลไซเมอร์ มีลักษณะอาการของโรคพาร์กินสัน มีอาการขึ้นๆ ลงๆ มีอาการทางจิต (psychotic symptoms) 80% ของผู้ป่วยจะพบอาการประสาทหลอนทางตา (McKeith, 2006) และมีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย มีการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยจะแพ้การรักษาโรคจิตประเภทที่สกัดกั้นโดปามีน (dopamine blocking agents) ถ้าใช้ยานี้กับผู้ป่วยต้องระวังเป็นพิเศษ (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551; Woodward, 2009)

โรคสมองเสื่อมเนื่องจากโรคเอดส์ (AIDS Dementia) ในผู้ป่วยโรคเอดส์พบอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทประมาณร้อยละ 40-45 โรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยเอดส์เป็นผลมาจากสาเหตุ 2 ประการคือ ผลโดยตรงของไวรัสต่อสมองซึ่งจะเกิดการอักเสบที่เซลล์สมองส่วน microglial nodules ทำลายสมองส่วน white matter และโรคแทรกซ้อนจากเชื้อโรคชนิดอื่นที่ผ่านเข้าสู่สมอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

โรคสมองเสื่อมจากน้ำในสมอง (Normal pressure hydrocephalus) ไม่พบบ่อยนักมีกลุ่มอาการสมองกลีบพรอนทอล (frontal lobe syndrome) โดยผู้ป่วยจะมีปัญหาการเดิน การทรงตัว และพฤติกรรม มีความจำเสื่อมไม่มาก และไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ถ้าผ่าตัดระบายน้ำในสมองออกจะทำให้มีอาการดีขึ้น (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551)

สมองเสื่อมจากสาเหตุอื่นๆ มีหลายสาเหตุ ดังนี้คือ

การแปรเปลี่ยนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย (metabolic) การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ เช่น จากต่อมไทรอยด์ทำงานมากไปหรือน้อยไป การทำงานของตับหรือไตที่ผิดปกติไปจะทำให้เกิดการคั่งของของเสียต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ การขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามิน B1 หรือวิตามิน B12 หรือผู้ป่วยที่มีการแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกของร่างกายเมื่อได้รับการรักษาอาการสมองเสื่อมจะดีขึ้น (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551; สิริธร จันศิริกาญจน, 2549; Townsend, 2008)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่ได้รับการกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอๆ เช่น นักมวย นักกีฬา เมื่อมีการกระทบกระแทกจะทำให้เนื้อสมองตายเป็นจำนวนมากและจะมีอาการสมองเสื่อม

ได้ (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน, 2544) และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.19 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541)

การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง มีเชื้อไวรัสหลายชนิดซึ่งทำให้เกิดการอักเสบในสมองเช่น ไวรัสสมองอักเสบ ที่เกิดจากไวรัสชนิดหนึ่งที่อยู่ในหมู่มียุงเป็นพาหะ และไวรัสจากวัว เมื่อมีการติดเชื้อทำให้มีการทำลายเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายไป เกิดอาการสมองเสื่อมได้ อาจมีพฤติกรรมแปลกๆ บางคนอะอะโวยวาย บางคนแสดงอาการว่าเห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นลักษณะของสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน, 2552)

ในการวินิจฉัยโรควินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายทำได้โดยซักประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิด อาการและอาการแสดง (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน, 2544; สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551) เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (Dementia due to Other General Medical conditions) ใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) มีดังนี้ (1) มีการเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องของเชาว์ปัญญา (cognitive function) ในหลายด้านโดยแสดงออกทั้ง 1) ความจำเสื่อม โดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของสติปัญญาหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้คือ (a) ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) (b) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) (c) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Agnosia) (d) มีความผิดปกติในความคิดเชิงบริหาร (executive function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับการคิดเชิงนามธรรม และ (2) ก่อนความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน (3) ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของภาวะเพื่อ (4) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ว่าความผิดปกตินี้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของภาวะความเจ็บป่วยทางกายภาวะใดภาวะหนึ่ง

4) โรคสมองเสื่อมเนื่องจากยาและสารเสพติด (Substance induced Persisting Dementia) สารเสพติดซึ่งทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือสุรา โดยพบว่าเป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 10 (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) อาการมักเริ่มต้นภายหลังการดื่มสุราจัดเป็นเวลา 15-20 ปี และมักเกิดกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังซึ่งมีภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วย

การตรวจสมองด้วยวิธี CT จะพบลักษณะ cortical atrophy โดยเฉพาะที่ frontal lobes ส่วน parietal และ temporal lobes จะมีพยาธิสภาพตามมา ความเสื่อมต่างๆ ในสมองจะมีความสัมพันธ์กับ อายุ จำนวนครั้งที่ดื่มสุราจัด ปริมาณสุราที่ดื่มทั้งหมด (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) แต่มีงานวิจัยที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ประจำในปริมาณน้อยช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคสมองเสื่อมได้ (Mehlig et al., 2008)

ในการวินิจฉัยโรควินิจฉัยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากยาและสารเสพติดทำได้โดยซักประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิด อาการและอาการแสดง (สมพร บุษราทิ และคณะ, 2551; สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2544) เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากยาและสารเสพติด (Substance induced Persisting Dementia) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541; American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2008) มีดังนี้ (1) มีการเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องของเขามีปัญหาในหลายด้านโดยแสดงออกทั้ง 1) ความจำเสื่อม โดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของสติปัญญาหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้คือ (a) ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) (b) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) (c) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Agnosia) (d) ผิดปกติในความคิดเชิงบริหาร (executive function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับการคิดเชิงนามธรรม และ (2) ก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน (3) ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของภาวะเพื่อ และคงอยู่นานกว่าระยะเวลาปกติของ substance Intoxication หรือ Withdrawal และ (4) มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เป็นผลที่ยังคงอยู่ของ substance use เช่น การ abuse สารหรือยา

สาเหตุของโรคสมองเสื่อมประกอบด้วยหลายสาเหตุดังได้กล่าวแล้วข้างต้นและในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมต้องวินิจฉัยแยกจากโรคดังจะกล่าวต่อไป

1.7 การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคต้องแยกจากโรคต่างๆดังต่อไปนี้

1. ประเมินแยกโรคในกลุ่มโรคสมองเสื่อม Alzheimer's disease และ vascular dementia จัดเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในการวินิจฉัย progressive, irreversible dementia (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548)

2. ประเมินแยกโรคในกลุ่มอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม นอกจากสาเหตุโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคต่างๆ ของโรคสมองเสื่อมแล้วยังมีสาเหตุอื่นๆ อีกที่ทำให้เกิดอาการของโรคสมองเสื่อมได้ และส่วนหนึ่งของกลุ่มนี้จะเป็นโรคสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548)

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุบางครั้งจะมีลักษณะคล้ายโรคสมองเสื่อม ที่เรียกว่า pseudodementia คือ มีความจำลดลง เช่น ความจำ สมาธิ การใช้สติปัญญาลดลง (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548)

4. ภาวะเพื่อ การมีความจำและสติปัญญาลดลง สามารถพบได้ทั้งในโรคสมองเสื่อมและภาวะเพื่อ แต่ในภาวะเพื่อจะมีการจะขึ้นๆ ลงๆ สมาธิจะเสีย ระดับความรู้สึกละเลเย่นไป ในขณะที่โรคสมองเสื่อมจะมีลักษณะอาการจะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วแต่จะค่อยๆ เสื่อมลง และลักษณะเด่นจะเป็นความจำและสติปัญญาเสียไป อย่างไรก็ตามพบภาวะเพื่อเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อม (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548)

ซึ่งในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมทำการ โดยการ ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิด อาการและอาการแสดง เช่น ความทรงจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจแย่ง (สิรินทร จันศิริ กาญจน, 2544) และใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยในโรคสมองเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) แล้วยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโรคสมองเสื่อมดังจะกล่าวต่อไป

1.8 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโรคสมองเสื่อม

ในการวินิจฉัยโรคภาวะสมองเสื่อมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโรคสมองเสื่อมในทางคลินิกประเมินจากการใช้แบบทดสอบเพื่อประเมินความบกพร่องทางสติปัญญาในด้านต่างๆ (นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และพรวิภา กาญจนนาคินทร์, 2545; สิรินทร จันศิริกาญจน, 2549) แบบทดสอบที่นิยมใช้มี 3 แบบคือ

1. Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินสภาพจิตและระบบประสาท (neuropsychiatric evaluation) ซึ่งถูกพัฒนาโดยฟอลสไตน์และคณะ (Folstein & McHugh, 1975 as cited in Ibrahim et al., 2009) นิยมใช้ทั่วโลก ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือการรับรู้ วัน เวลาสถานที่ และบุคคล (orientation) การจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) การใช้ภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) ซึ่งถูกแปลเป็นหลายภาษา

MMSE เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้คัดกรองโรคสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี แต่มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า อาจตอบว่าไม่รู้ทำให้แปลผลพลาดได้ รวมทั้งมีข้อจำกัดในเรื่องของอายุและระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบประเมิน ส่วนผู้ที่มีการมองเห็นผิดปกติและปัญหาการได้ยินก็ไม่สามารถทำแบบประเมินได้เพราะคะแนนจะต่ำกว่าความเป็นจริง (Hamdy, Turnbull & Lancaster, 1994) ในประเทศไทยมีการพัฒนาในรูปของ T-MMSE ซึ่งเป็นภาษาไทย โดยนำมาแปลและแก้ไขให้เหมาะกับวัฒนธรรมไทย (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2545) คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 23 คะแนนแสดงถึงการมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังแบ่งคะแนนตามระดับความรุนแรง คือ 0-14 คะแนนคือมีความรุนแรงของโรครุนแรง 15-23 คะแนนแสดงถึงมีระดับความรุนแรงปานกลาง ซึ่งจากการวิจัยเรื่องแบบการตรวจภาวะสมองเสื่อมแบบย่อ (MMSE) และ แบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ของ อภิญญา กังสนารักษ์, นัยพินิจ คชภักดี (2534) พบว่าทั้งแบบทดสอบ MMSE และ CDR ฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือในการจำแนก ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยได้ เครื่องมือนี้นิยมใช้กว้างขวาง ใช้เวลาในการประเมินน้อยโดยใช้เวลา 5-10 นาที

2. แบบประเมิน Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์สร้างโดยริชาร์ด โรเซ็น และเดวิส (Richard, Rosen & Davis, 1984 อ้างใน นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ, 2545) สามารถนำไปใช้ในการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในระยะยาว ใช้ประเมินความรุนแรงของ Cognitive Disfunction และ Noncognitive behavioral symptoms ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ แบบประเมิน ADAS ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินความบกพร่องของ Cognitive function และ Noncognitive function ที่วัดความผิดปกติในส่วนของพฤติกรรมและอารมณ์ จำนวน 10 items ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 45 นาที ส่วนของ Cognitive Part เป็นการทดสอบ cognitive behavior มีคะแนนเต็ม 70 คะแนน จำนวน 11 ข้อ ดังนี้ 1) Word Recall Task ผู้ทดสอบให้ผู้ป่วยอ่านคำในแบบทดสอบ 10 คำ โดยใช้เวลาคำละ 2 วินาที หลังอ่านครบ 1 ชุดให้ผู้ป่วยทวนคำเหล่านั้น ในการทดสอบมีคำ 3 ชุด ชุดละ 10 คำ 2) Orientation เป็นการทดสอบการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล 3) Remembering test instruction Word recognition task เป็นการให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงคำ 12 คำ หลังจากนั้นผู้ทดสอบจะแสดงชุดคำอีกชุดหนึ่ง ซึ่งมี 24 คำ โดยมีคำทั้ง 12 คำ ที่ผู้ป่วยเคยอ่านรวมอยู่ด้วย ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงคำเหล่านี้ และบอกว่าคำใดเคยอ่านมาแล้ว มีทั้งหมด 3 ชุด 4) Remembering test instruction เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการจำวิธีการทำแบบทดสอบ และการจำคำสั่งต่างๆ ในการทำ Word recognition task 5) Naming

objects & fingers เป็นการให้ผู้ป่วยเรียกชื่อนิ้วทุกนิ้วของมือข้างที่ถนัด และผู้ป่วยเรียกชื่อสิ่งของ 12 สิ่ง 6) Commands เป็นการประเมินการรับรู้คำสั่งและทำตามคำสั่งของผู้ป่วย โดยมีคำสั่ง 5 ขั้นตอน 7) Language เป็นการประเมินความสามารถในการใช้ภาษาพูดของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากความชัดเจน ความสามารถในการใช้ภาษาสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ 8) Comprehension of spoken language เป็นการประเมินผู้ป่วยด้านความสามารถในการทำความเข้าใจกับภาษาพูดที่พูดให้ผู้ทดสอบเข้าใจ 9) Word-finding difficulty เป็นการประเมินความบกพร่องในการริเริ่ม สร้างสรรค์ หรือนึกคำพูดที่ใช้ในการสนทนา 10) Constructional Praxis : เป็นการประเมินความสามารถลอกแบบ รูปทรงเรขาคณิต 11) Ideational Praxis ข้อนี้จะมีอุปกรณ์คือ กระดาษและซองจดหมาย ให้ผู้ป่วยเขียนจดหมายถึงตนเอง โดยพับกระดาษใส่ซองจดหมาย และปิดซอง เขียนที่อยู่ถึงตนเอง และคิดเลขแบบทดสอบย่อยนี้เป็นการประเมินความสามารถในการทำตามคำสั่งที่เป็นขั้นตอนทั้งหมด และ Noncognitive function ที่วัดความคิดปกติกในส่วนของพฤติกรรมและอารมณ์จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 45 นาที นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และพรวิภา กาญจนนาकिनทร์ (2545) ได้วิจัยเรื่องแบบประเมินโรคสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย โดยพบว่าแบบประเมิน ADAS ที่พัฒนาขึ้นมาให้เหมาะกับผูสูอายุไทย พบว่ามี Content Validity มาก

3. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรกชนิด Mild Cognitive Impairment (MCI) :ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก ที่เป็นภาวะระหว่าง normal cognitive aging กับภาวะสมองเสื่อมที่อาจจะเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเป็นสมองเสื่อมในเวลาต่อมาได้ วิจัยและพัฒนาโดยนัสเรดดีน และคณะ (Nasreddine et.al., 2005) ถูกออกแบบเพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก โดยสามารถประเมินหน้าที่ด้านต่างๆดังนี้ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ (executive function) ความจำทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuoconstructional skills) ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) ใช้เวลาประเมินทั้งหมดประมาณ 10 นาที โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 ขึ้นไป จึงจะถือว่าปกติ

การวินิจฉัยโรคโดยการใช้แบบประเมินทั้ง 3 แบบ ในการประเมินแบบทั่วไป นิยมใช้แบบประเมิน Mini-Mental State Examination (MMSE) เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อยโดยใช้เวลา 5-10 นาที (นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ, 2545; Nasreddine et.al., 2005) แต่ถ้าจะประเมินภาวะสมองเสื่อมระยะแรกชนิด Mild Cognitive Impairment (MCI) จะใช้ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et.al., 2005) และถ้าต้องการติดตามผลการรักษา ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในระยะยาวจะใช้แบบประเมิน Alzheimer's Disease Assessment Scale

(ADAS) (นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ, 2545) และแนวทางในการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังจะกล่าวต่อไป

1.9 การรักษาโรคสมองเสื่อม

แนวทางในการดูแลรักษาในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาโดยการให้ยาและไม่ให้ยา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรักษาโดยการให้ยา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อรักษาตามอาการ เนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมในผู้ป่วยอัลไซเมอร์เกิดจากการขาดสารเคมี acetylcholine จึงมีการให้ยาเพื่อเพิ่ม acetylcholine เช่น

- Donepezil (Aricept) เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์ต่อ acetylcholinesterase ในสมองมากขึ้น ใช้ในผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะเวลาไม่น้อยถึงปานกลาง (Sadock & Sadock, 2007) มีค่าครึ่งชีวิต (half life) ประมาณ 70 ชั่วโมง ที่สามารถให้รับประทานได้วันละ 1 ครั้ง (Farlow, Miller, & Pejovic, 2008) มีผลข้างเคียงต่อดับและอวัยวะอื่นน้อย (Winblad, et al., 2006) อาการข้างเคียงที่พบเช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อเกร็ง การนอนหลับผิดปกติ กลืนปัสสาวะไม่อยู่ (Farlow, Miller, & Pejovic, 2008)

- Rivastigmine (Exelon) เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor อีกชนิดหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติที่คล้ายกับยา donepezil ใช้ในผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะเวลาไม่น้อยถึงปานกลาง (Sadock & Sadock, 2007) Rivastigmine มีค่าครึ่งชีวิตสั้นประมาณ 1-2 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องให้ยาวันละ 2 ครั้ง การศึกษาปัจจุบันพบว่า Rivastigmine สามารถลดการเกิดความผิดปกติทางพฤติกรรม อาการข้างเคียงที่พบคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง (Farlow, Miller, & Pejovic, 2008)

- Galantamine (Razadyne, Reminyl, Ortho-McNeil) เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ใช้ในผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะเวลาไม่น้อยถึงปานกลาง (Sadock & Sadock, 2007) นิยมให้วันละ 2 ครั้ง แต่สามารถให้ได้วันละครั้ง แนะนำให้ลดขนาดของยาในผู้ป่วยโรคตับ โรคไต เนื่องจากยาถูกทำลายโดยเอนไซม์ตับ และประมาณ 30% ของยาขับออกทางปัสสาวะ อาการข้างเคียงที่พบคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย วิงเวียนศีรษะ บางรายงานพบมีซึมเศร้า ปวดศีรษะ น้ำหนักลด ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2005 ชื่อการค้าเปลี่ยนจาก Reminyl เป็น Razadyne เพื่อป้องกันการจดจำผิดเนื่องจากมียารักษาเบาหวานที่ชื่อคล้ายกันคือ Amaryl (Farlow, Miller, & Pejovic, 2008)

การรักษาอื่นๆ Gingko biloba ซึ่งเป็นสมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย ไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัดใช้ในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม (Sadock & Sadock, 2007) เริ่มต้นใช้แปะก๊วยกันแพร่หลายในประเทศทางทวีปยุโรปก่อน และมีผู้นำมาศึกษาในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งที่

เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากหลอดเลือด มีข้อมูลสนับสนุนไม่มากเพียงพอในการใช้ยานี้เพื่อรักษาภาวะสมองเสื่อม (สิรินทร จันศิริกาญจน, 2552) สอดคล้องกับ ดีคอสกีและคณะ (DeKosky et al., 2008) ได้วิจัยเกี่ยวกับการใช้แป๊ะก๊วยสำหรับป้องกันโรคสมองเสื่อม เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ทำในศูนย์การแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปีค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2008 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 75 ปีขึ้นไปที่มีความจำปกติจำนวน 2,587 คน และที่มีภาวะ Mild cognitive impairment จำนวน 482 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 1,545 คน ได้รับแป๊ะก๊วยสกัดขนาด 120 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมจำนวน 1,524 คน พบว่าการให้แป๊ะก๊วยขนาด 120 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งไม่มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์การเป็นโรคสมองเสื่อม ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีความจำปกติ และกลุ่มผู้ที่มีภาวะ Mild cognitive impairment แต่มีงานวิจัยบางเรื่องที่แสดงว่า แป๊ะก๊วยช่วยป้องกันความจำเสื่อมได้ แต่ความแตกต่างไม่ชัดเจนถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (van Dongen, van Rossum, Kessels, Sielhorst, & Knipschild, 2000) การให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone replacement) มีงานทดลองให้เอสโตรเจน (Estrogen) และเอสโตรเจน (Estrogen) กับโปรเจสติน (progestin) ไม่มีผลป้องกันความจำเสื่อม (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551) และมีงานวิจัยที่พบว่าการใช้ยา NSAID ช่วยป้องกันความจำเสื่อมได้ (Szekely et al., 2007)

การใช้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น ยาต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) เนื่องจากอนุมูลอิสระมีส่วนในการทำลายเซลล์สมองอย่างมาก ดังนั้นจึงมีการใช้ยากลุ่มนี้เพื่อชะลอความเสื่อมทางสมองในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ เช่น Vitamin E การให้ขนาดสูง 1,000 มิลลิกรัม วันละ 2 เวลา มีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้ขนาดเกินวันละ 400 มิลลิกรัม (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2551)

การใช้ยาเพื่อช่วยควบคุมความผิดปกติทางพฤติกรรมและรักษาอาการทางจิตเช่น หลงผิดหรือเห็นภาพหลอน อาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง รุนแรง การใช้ยาในกลุ่มยารักษาโรคจิต แต่ต้องระวังการเกิดผลข้างเคียงต้องประเมินอย่างรอบด้าน (American Psychiatric Association, 2007) ยาในกลุ่มนี้เช่น ยา Haloperidol ให้ขนาด 0.5-2.0 มิลลิกรัมต่อวัน ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมลิวิบอดี และโรคสมองเสื่อมพρονโดเทมพารอล เพราะจะเกิดผลข้างเคียงได้ (EPS) ยา Risperidone ขนาด 0.5-2 มิลลิกรัมต่อวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ยา Valpoate เป็นกลุ่มยาควบคุมอารมณ์สามารถใช้รักษาอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่งได้ แต่ไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ระยะท้าย เพราะยาไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา (Herrmann, Lanctot, Rothenburg, & Eryavec, 2007) และยา Trazodone 50-250 mg/day นาน 9 สัปดาห์ พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยลดลง และยังพบว่า ยา Trazodone ยังช่วยรักษาอาการซึมเศร้าให้ดีขึ้นด้วย ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับสามารถใช้ยา Benzodiazepines ในผู้ป่วยที่นอน

ไม่หลับ และวิตกกังวล (Sadock & Sadock, 2007) แนะนำให้ใช้ยา Lorazepam, Oxazepam การให้เป็นยาก่อนนอนต้องระวัง เพราะอาจทำให้ง่วงในเวลากลางวันได้ (Herrmann, Lanctot, Rothenburg, & Eryavec, 2007)

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสมองเสื่อม จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยการให้ยายังไม่สามารถรักษาหรือหยุดยั้งการเสื่อมของสมองให้หายขาดได้ เพียงช่วยควบคุมรักษาอาการให้ดีขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549) ยังมีการบำบัดอีกชนิดคือการไม่ใช้ยา ซึ่งมีหลายรูปแบบที่สามารถใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลได้ (Thompson, et al., 2007)

2) การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions)

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (pharmacological) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) เป็นการบำบัดช่วยเหลือด้านพฤติกรรม และด้านการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เหมาะที่ใช้อยู่ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ระยะแรกถึงระยะกลางที่มีความวิตกกังวล (Hogan et al, 2008) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบ มีทั้งการบำบัดแบบกลุ่มและการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล (Mimura, Komatsu, & Shin-ichi, 2007) มีดังนี้

1. การรักษาที่เน้นเข้าใจปัญหา (cognition-oriented) เช่น การฝึกเพื่อกังวุ่นซึ่งเข้าใจปัญหา (Cognitive training) การฝึกความจำ (Memory training) และการฝึกทักษะที่จำเป็น (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2549)

1.1 Cognitive training: reality orientation คือ การฝึกฝนด้านการรู้คิด การให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำกิจกรรมตามที่กำหนดและใช้ข้อเท็จจริงประกอบด้านสติปัญญาต่างๆ ทั้งด้านการรับรู้ การคิดและการจำ (Clare, 2008) อาจทำได้เป็นหลายรูปแบบ โดยใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมและการแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ทำวันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ (Quayhagen & Quayhagen, 2001) ผู้รักษาอาจใช้วิธีการเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัวญาติหรือบุคคลรอบข้างอาจใช้การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวันหรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ญาติหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นผู้ป่วยด้วยการพูดคุย ชักถามที่เหมาะสมขณะที่มีกิจกรรม เช่น การทำกิจกรรมที่ฝึก การอ่านหนังสือ การเล่นเกม (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

1.2 Memory training หมายถึงการฝึกความจำใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำที่ยังใช้ได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) โดยต้องประเมินความสามารถทางด้านระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน เช่นการฝึกจำหน้าคน เล่นเกมหลับตาทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ร้องเพลง สวดมนต์ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

1.3 Skill training หมายถึงการฝึกทักษะที่จำเป็น โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ง่าย ๆ เช่นการวาดภาพการปั้นดินน้ำมัน การเดินรำ การแต่งตัว เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในบริบทของชีวิตประจำวัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2. การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented)

2.1 Reminiscence therapy หมายถึงการกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบอาจทำเป็นกลุ่มควรจะมีญาติร่วมด้วย ใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ คนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วยนำไปสู่การฟื้นความจำจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นเป็นการช่วยปรับพฤติกรรม อารมณ์และความจำให้ดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.2 วิธีการอื่นๆ เช่นการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การใช้เทคนิคหลายๆ อย่างเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย (validation therapy) เป็นการบำบัดผู้ป่วยบนพื้นฐานความเป็นจริง การเข้าใจความเป็นจริงในชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สื่อสารเกี่ยวกับความเข้าใจและยอมรับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตัวเองและบุคคลอื่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) การผสมผสานการรับรู้เพื่อให้มีการแสดงอารมณ์ต่อผู้อื่น (sensory integration)

3. การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation oriented) หมายถึง การรักษาด้วย กิจกรรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการกระตุ้นที่เหมาะสมกับความบกพร่องของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (สถาบันประสาทวิทยา, 2546) เป็นการรักษาด้วยกิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ช่วยทำให้ cognition บทบาทหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันตามที่ผู้ป่วยควรได้รับ (American Psychiatric Association, 2007)

4. การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) หมายถึง การรักษาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือ ตัวกระตุ้นเพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และผลกระทบนั้นๆ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) เช่น การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยทำ พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะ หรือ

ถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้เอง พบว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดสามารถช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ (Woods, 1999)

5. การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน เมื่อผู้ดูแลมีสุขภาพกาย จิตและอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (support group) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ให้กำลังใจ (emotional support) ให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว โดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาล (respite care) การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation group) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; Thompson et al., 2007) การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล เนื่องจากการในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยากยิ่งและซับซ้อนต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมใช้ระยะเวลายาวนาน เฉลี่ย 3-12 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2548) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะมีความเครียด ท้อแท้ หดเหี่ยวแรง (รัชฎา รักษานาม, 2543) มีอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ และรู้สึกอับอาย (Davis & Tremont, 2007; Michon et al., 2005) และพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าและมีผลกระทบต่อระดับความเครียดเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) และเนื่องจากอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขาดประสบการณ์ดูแล (สกาเวรตัน เทพประสงค์, 2548) การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation group) มีรูปแบบของกลุ่มเป็นการให้ความรู้อันประกอบด้วย การให้ความรู้โดยมีเป้าหมายการให้ข้อมูล การเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญความเครียด การประคับประคองทางอารมณ์ และการจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; Acton & Kang, 2001) ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลและการจัดการ (เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; Acton & Kang, 2001; Thompson et al., 2007) จึงเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นวิธีการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง นอกจากการรักษาแล้วผู้ป่วยควรได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องดังจะกล่าวต่อไป

1.10 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จุดประสงค์การพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ควรมุ่งที่จะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การทำหน้าที่ของอวัยวะสำหรับการเคลื่อนไหว รักษาไว้ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองน้อยที่สุด (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) การพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมใช้หลักกระบวนการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1.10.1 การประเมิน (Assessment) โดยการประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่บ้าน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.10.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) หลังจากรวบรวมข้อมูลจากการประเมินแล้วจะเป็นกระบวนการนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ทาวน์เซนด์ (Townsend, 2000) ได้ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ดังนี้

- 1) เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ (Risk For Trauma) เนื่องจากภาวะความจำเสื่อม (Impairment in cognitive)
- 2) กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลง (Altered Thought Process) เนื่องจากการเสื่อมของสมอง
- 3) บกพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) เนื่องจากความจำบกพร่อง สับสน และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ
- 4) เสี่ยงต่อการทำความรุนแรงต่อผู้อื่น (Risk for violence directed toward others) เนื่องจากภาวะประสาทหลอน และความจำบกพร่อง
- 5) เสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงต่อตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจลดลง (Risk for self violence related to depressed decline of mental or physical capability)
- 6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากการพึ่งพาตนเองลดลง ความอาย การจากแยกจากสังคม (Self-esteem disturbance related to independent functionion, shame, social isolation)

1.10.3 การวางแผนการพยาบาล (Planing) การวางแผนการพยาบาลต้องสอดคล้องกับการดำเนินของโรค (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) เน้นการช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยยังคงดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถ

นำมาวางแผนการพยาบาลคือ 1) การป้องกันและระวังอุบัติเหตุ 2) การแก้ไขหรือทดแทนส่วนที่บกพร่อง 3) การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี 4) การรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการติดต่อสื่อสารและการดำรงสถานะหน้าที่ที่ยังไม่บกพร่อง 5) การตระหนักถึงและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก 6) การคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541; วรรณนิภา บุญระยอง, 2543; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การป้องกันและระวังอุบัติเหตุในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยต้องจัดให้สงบ ห้องพักต้องจัดให้โล่งๆ มีของใช้เฉพาะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต มีแสงสว่างเพียงพอ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ให้นอนเตียงต่ำๆหรือนอนบนพื้นแทน ให้เดินไปมาในห้องได้ ไม่ควรผูกมัดไว้กับที่จนทำให้เกิดการต่อต้านที่จะทำให้เหนื่อย เกรียดย และวุ่นวายมากขึ้น (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541, ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) อำนวยความสะดวกให้หาสถานที่ที่ต้องการได้ง่ายขึ้น โดยมีการใช้สีหรือสัญลักษณ์เช่น ประตูห้องน้ำห้องส้วมทุกห้องทาสีขาว มีเครื่องหมายบอกทิศทางไปยังห้องต่างๆ ใช้สิ่งของเตือนความจำ เช่น ปฏิทินบอกวัน เดือน ปี ขนาดใหญ่ ด้วยตัวหนังสือและตัวเลขตัวโตมองเห็นชัดเจน นาฬิกาขนาดใหญ่ที่เดินเที่ยงตรงและเดินตลอดเวลา กระดานเตือนความจำแขวนไว้ตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ง่าย (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2) การแก้ไขหรือทดแทนส่วนที่บกพร่องพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องหรือความสามารถด้านใดที่ต้องช่วยเหลือ และส่วนใดที่ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น บกพร่องด้านการมองเห็นช่วยจัดหาแว่นตาให้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ส่งเสริมให้ได้อาหารอย่างเพียงพอต่อการรักษาสุขภาพ ความหลงลืมมักทำให้ผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารไม่ครบถ้วน เนื่องจากลืมวิธีรับประทานอาหาร ลืมวิธีใช้เครื่องมือ หรือจากสาเหตุอื่นที่ทำให้รับประทานอาหารลำบาก เช่น ไม่มีฟัน ข้อมือและข้อแขนอักเสบ มือสั่นหรือเป็นอัมพาต บางรายอาจเป็นโรคกระเพาะแล้วมียาพิษในอาหาร การช่วยเหลืออาจทำได้โดย สนับสนุนให้รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นในห้องอาหารรวม กับข้าวแต่ละมื้อไม่ควรมากชนิดเพื่อหลีกเลี่ยงในการเลือกชนิดอาหาร และสนับสนุนให้รับประทานด้วยตนเอง (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541; วรรณนิภา บุญระยอง, 2543; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549)

3) การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดูแลเอาใจใส่สุขภาพทุกๆ ไปให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เช่น ไม่เกิดการติดเชื้อของระบบต่างๆ (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) สนับสนุนให้กลืนอาหารและปัสสาวะได้ การกลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ อาจเนื่องมาจากสาเหตุมีพยาธิสภาพทางสมอง การช่วยเหลือทำได้โดยการอำนวยความสะดวกในการไปส้วมให้

มากที่สุด เสื้อผ้าถอดและใส่ได้ง่าย พาไปปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง การดื่มน้ำให้เพียงพอประมาณวันละ 10 แก้ว (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541) ส่งเสริมให้ได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ให้มีกิจกรรมในช่วงกลางวันพอสมควร

4) การรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการติดต่อสื่อสารและการดำรงสถานะหน้าที่ที่ยังไม่บกพร่อง โดยควรพูดด้วยคำพูดง่ายๆ ช้าๆ ใช้คำพูดและประโยคสั้นๆ ชัดเจน พูดซ้ำๆ ถ้าจำเป็น ทำที่ในการพูดสงบ นุ่มนวลและใช้เวลาในการตอบ (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) การดำรงสถานะหน้าที่ที่ยังไม่บกพร่อง คือ การจัดหากิจกรรมที่กระตุ้นความจำหรือช่วยให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถต่อไป หาโอกาสให้ได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ได้มีโอกาสพบปะผู้คนอื่นๆ ได้อ่านหนังสือพิมพ์ และการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวหรือได้ติดต่อกับคนอื่น (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541) กระตุ้นเตือนความจำโดยให้ข้อมูลทุกครั้งที่สนทนากับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สับสน เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541)

5) การตระหนักถึงและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก พฤติกรรมทุกพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงนั้นเป็นพฤติกรรมที่มีความหมาย ไม่ควรละเลย การพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงปกติ หมั่นถามความต้องการและพร้อมจะช่วยเหลือ การสัมผัสที่นุ่มนวล ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยสมองเสื่อม ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่เป็นอันตราย (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549)

6) การคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) และบอกให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่ายังสามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรต่างๆ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหารได้ และควรมีการดัดแปลงกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นให้ทำง่ายขึ้น สนับสนุนการมีกิจกรรมในสังคมที่เหมาะสมกับความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย (รวิวรรณ เผ่ากัณหา, 2541) นอกจากการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีบทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมซึ่งจะกล่าวต่อไปดังนี้

1.11 บทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มุ่งปฏิบัติงานให้ได้ผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่ายตามนโยบายของระบบสุขภาพใหม่โดยจะต้องทำงานให้เกิดผลใน 3 ระดับดังนี้ 1) ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นการดูแลผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยตรง 2) เจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นการผลักดันให้การบริการพยาบาลก้าวหน้าทันกับ

ความรู้วิชาการต่างๆ โดยผ่านเจ้าหน้าที่พยาบาล และ3) องค์กรและเครือข่ายเป็นการพัฒนา นวัตกรรมและระบบการพยาบาลให้ได้คุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแล บทบาทของ พยาบาลจิตเวชในฐานะพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) การพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (care management) โดยประชากรประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การจัดทำโครงการเพื่อค้นหาโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการ จัดทำระบบการประเมิน ความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พัฒนาและจัดระบบการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ ประสาทอายุรแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ จัดระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยการติดตามและการให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์

2) การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Direct Care) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมต่อการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทั้งสุขภาพ กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ วินิจฉัยปัญหาทั้งผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมอง เสื่อม ให้การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ การดูแลเป็น แบบองค์รวมและบูรณาการ (one stop service) ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

3) การประสานความร่วมมือ (Collaboration) ประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ ประสานความร่วมมือในวิชาชีพพยาบาลการให้ความรู้กับพยาบาล จิตเวชในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชชุมชน และ เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ประสานความร่วมมือกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม เป็นต้น

4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึกทักษะ (coaching) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงโดย การสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองในการ ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การสอนครอบครัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบที่มาจากการดูแล ผู้ป่วย เป็นพี่เลี้ยงและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

5) การเป็นที่ปรึกษาในการดูแล (Consultation) ให้คำปรึกษาและชี้แนะในการปฏิบัติงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาล และการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

6) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั้งในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล การนำหลักฐานเชิงประจักษ์จากการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรมและผลักดันให้ถูกกำหนดอยู่ในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

7) การให้เหตุผลทางจริยธรรม และตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ใช้ความรู้ทางทฤษฎีและหลักจริยธรรม การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล

8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) แสวงหาข้อมูลที่เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล เช่นการวิเคราะห์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมาประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

9) การจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) กำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเช่น การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ผู้ดูแล มีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น เป็นต้น

จากการทบทวนสาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อมและรูปแบบการรักษา พบว่าโรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยไปเรื่อยๆ ของความจำและความผิดปกติของเข่า ปัญญาในหลายๆด้าน และก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ระยะเวลา 3-12 ปี การรักษามีทั้งการใช้ยาเพื่อชะลอความเสื่อม และการรักษาที่ไม่ใช้ยาที่เน้นเข่าปัญญา (cognition-oriented) พฤติกรรม (behavior-oriented) อารมณ์ (emotion-oriented) การกระตุ้น (stimulation oriented) และผู้ดูแล (caregiver-oriented) โดยการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (carer support) เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแล

รักษาและการปฏิบัติ การฝึกอบรม การดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับความเครียด โดยการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยจะสูญเสียความจำจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมนับเป็นบุคคลสำคัญ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาดูแลยาวนาน และจากการต้องรับภาระดูแลนี้เองทำให้ได้รับผลกระทบจากการดูแลในหลายๆ ด้าน จึงควรศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลต่อไป

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

Hileman, Lackey & Hassanein (1992 อ้างใน Hunt, 2003) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่าเป็นบุคคลที่ให้การดูแลด้านร่างกาย จัดการเกี่ยวกับภาวะโรค ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างใดๆ

Family Caregiver Alliance (Family Caregiver Alliance, 2009) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่าหมายถึงบุคคลในครอบครัว อาจเป็นสามี ภรรยา เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ไม่รับค่าตอบแทน ที่ให้การดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลทุกวัน

พจนานุกรม Merriam-Webster (2001 อ้างใน Hunt, 2003) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า คือบุคคลที่ให้การดูแลโดยตรงแก่เด็กหรือผู้ป่วยเรื้อรัง

ผู้ดูแลที่บ้าน (caregiving or family caregiver) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบคนแรกสำหรับการให้การดูแลผู้รับการดูแลที่บ้าน (รุจา ภูไพบูลย์, 2540)

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่าเป็นบุคคลซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต โดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการหรือมีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจอารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะ และความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทนและการช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชน

อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ (2547) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมว่า หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้องหรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และมีหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆซึ่งประเมินได้จากจำนวน

ชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุด เช่น เรื่องการดูแลความสะอาด เรื่องอาหาร เรื่องการดูแลความปลอดภัย เรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

เยาวภา ขงค์มิตรภาพ (2546) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมว่าหมายถึงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติที่แท้จริง ผู้อุปการะที่มีหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่บ้าน ประเมินได้จากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุด เช่น การดูแลในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ความสะอาด ความปลอดภัย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องไม่เป็นบุคคลภายนอกครอบครัวที่รับจ้างมาดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ

สกาวัฒน์ เทพประสงค์ (2548) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมหมายถึง สามิ ภรรยา บุตร หลานหรือญาติที่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบ และให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยดูแลบุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

ดังนั้นสรุปความหมายผู้ดูแลได้ดังนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหมายถึง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา และญาติพี่น้อง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ดูแลหลักที่ปฏิบัติต่อตัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยตรง ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver) โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลยังสามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2540; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการอบรมมาก่อน ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง (รุจา ภูไพบูลย์, 2540)

นอกจากนี้ ยังสามารถจำแนกผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้ดูแลหลัก (major/primary/caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) หรืออาจเป็นผู้ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด ทำหน้าที่ให้การดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นบางครั้งบางคราว เมื่อมีความจำเป็นหรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) กิจกรรมช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว มีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2.3 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลมีบทบาทในการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม (กรมสุขภาพจิต, 2548) การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลในครอบครัวประกอบด้วย 1) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) การการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ 3) บทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 4) บทบาทในการคงไว้ซึ่งความจำ (กรมสุขภาพจิต, 2548; โรงพยาบาล ศรีธัญญา, 2552; สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีดังนี้

1) บทบาทในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในบางเรื่อง ควรได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ผู้ดูแลควรให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วย กระทำกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุดเพื่อรักษาความมีคุณค่าของผู้ป่วย (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2545) อาหารควรที่ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมควรเป็นอาหารเหลวหรือตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ในการดูแลทำความสะอาดทางร่างกาย จัดผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้อาบน้ำ เข้าห้องน้ำและขับถ่ายตรงตามเวลาทุกวัน (โรงพยาบาล ศรีธัญญา, 2552)

2) บทบาทในการป้องกันอุบัติเหตุ อาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ได้แก่ อาการตื่นเต้นวุ่นวาย (agitation) เดินออกจากบ้านและหลงทาง (wandering) อาการจิตประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิด (delusion) และความจำเสื่อม การให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเก็บของที่เป็อันตรายใส่ตู้กุญแจหรือไว้บนที่สูงที่ผู้ป่วยหยิบไม่ได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2545) บรรยากาศภายในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ควร

มีป้ายชื่อ สัญลักษณ์บอกทิศทางภายในบ้าน อาจมีป้ายชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ติดตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการพลัดหลง (กรมสุขภาพจิต, 2548; โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552)

3) บทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการป้องกันปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุมาจากการสำลักอาหารหรือจากการที่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สาเหตุจากการที่ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องหมั่นทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้กับผู้ป่วย ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายเป็นเวลา (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการได้รับยานอนหลับในขนาดสูงจนทำให้เกิดการระส่ำระสายเกิดผลเสียต่อสุขภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยจะง่วงซึมตลอดเวลาเกิดการกดทับบริเวณผิวหนังกลายเป็นแผลตามมาได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2545; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

4) บทบาทในการคงไว้ซึ่งความจำ ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความเป็นจริง (reality orientation) ให้มากที่สุด ฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารหรือยัง รู้สภาพอากาศ อาจใช้วิธีให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงอดีตเพราะเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุดโดยวิธีการดังต่อไปนี้เช่น ดินนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่และชัดเจน ดิถีทินนแสดง วัน เดือน ปี ดิถีกระดานแสดง วัน วันที่ เดือน ปี หน้าห้อง ให้เขียนชื่อผู้ป่วยด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ พร้อมดิถีรูปผู้ป่วยด้วย แว่นป้ายชื่อบุตร คนในครอบครัวในห้องผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นความจำ (กรมสุขภาพจิต, 2548; โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2545; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

โดยสรุปจะเห็นว่า บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมค่อนข้างยุ่งยากและต้องให้เวลากับผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ดังนั้นผู้ที่เข้ามาเป็นผู้ดูแลนั้นจะต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วยอย่างมาก เป็นบุคคลที่ไม่มีภาระ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยในเรื่องนิสัยและสิ่งที่ชอบได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (รัชฎา รักขนาม, 2543) ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นงานที่หนัก ต้องใช้เวลายาวนาน มีความซ้ำซากและน่าเบื่อหน่าย ผู้ดูแลจะเมื่อยล้า ขาดกำลังใจ และได้รับผลกระทบมากมาย จึงควรที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบเพื่อให้การช่วยเหลือได้ตรงประเด็นต่อไป

2.4 ผลกระทบของผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้รับผลกระทบจากการดูแลหลายด้าน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบใน 3 ด้านคือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549; Zabalegui et al., 2008) ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological) ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ อันเนื่องจากการของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมส่งผลกระทบด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลยิ่งนานวันภาระในการดูแลยิ่งมากขึ้น (สกาเวิร์ตน์ เทพประสงค์, 2548) และผลกระทบด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับอาการทางพฤติกรรม และความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีอาการทางพฤติกรรม และความพร่องในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเช่นกัน (Berger et al., 2005) ซึ่งผลกระทบด้านจิตใจมีดังนี้คือ ความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรัก จากการที่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นบุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง ส่งผลให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักไปต่างๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ (กรมสุขภาพจิต, 2548; สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ผู้ดูแลจะเกิดอารมณ์เศร้า ซึ่งการศึกษาของซาบาลเกกกีและคณะ(Zabalegui et al., 2008) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และโรคเรื้อรังพบว่าผู้ดูแลมีอาการเศร้า 32 เปอร์เซ็นต์ และไม่มีกำลังใจ รู้สึก ไม่มีแรง รู้สึกผิด รู้สึกไม่สุขสบาย บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ (Anger) ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ และจะเกิดความรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ (ศิริพันธ์์ สาสัตย์, 2549; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2550) และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2548) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาทางด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้เกิดความอับอายได้ (Embarrassment) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2550; Zabalegui et al., 2008) และการที่ต้องรับภาระหนักอย่างโดดเดี่ยวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถูกทอดทิ้ง (กรมสุขภาพจิต, 2548) มีความเครียด รู้สึกกดดันทางอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (กรมสุขภาพจิต, 2548; ปิยภรณ์ จันทรโพธิ์, 2547) และจากบทบาทในการดูแลนี้เองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดสูง และมีความรู้สึกเป็นภาระในที่สุด (จอม สุวรรณโณ, 2542) จากการศึกษาของทอร์นาทอร์ และแกรนท์ (Tornatore & Grant, 2002) พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความเครียดและมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ซึ่งอายุของผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physical) จากการศึกษาของซาบาเลกกี และคณะ (Zabalegui et al., 2008) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 29 เปอร์เซ็นต์ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และ 2 ใน 3 ของผู้ร่วมวิจัยไม่มีเวลาพักผ่อน และ 23 เปอร์เซ็นต์ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2548) ทำให้มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่จะมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหารและยาไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549; สมทรง จุไรทัศนีย์, 2550; Zabalegui et al., 2008)

2.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic problem) อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานจากเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเลิกละออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาทำให้รายได้ลดลง (Lower income) การศึกษาของ ซาบาเลกกีและคณะ (Zabalegui et al., 2008) พบว่าผู้ดูแลจำนวน 27 เปอร์เซ็นต์ไม่สามารถทำงาน และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้อาจพบความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) มีภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมต้องมีค่าใช้จ่ายสูงเช่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าจ้างผู้ดูแล เป็นต้น การศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพประสงค์ (2548) พบว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 32.5 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมรายที่มีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาในครอบครัวได้ (กรมสุขภาพจิต, 2548; ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549; สมทรง จุไรทัศนีย์, 2550) จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจึงทำให้ผู้ดูแลขาดการติดต่อทางสังคม ไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ (พรรณี จันทร์อินทร์, 2547) รู้สึกถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อนในสังคม (ยุพาพันธ์ ศิริโพธิ์งาม, 2539) และอาจโทษสังคมในที่สุด

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้รับผลกระทบผลกระทบใน 3 ด้านคือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549; Zabalegui et al., 2008) การช่วยลดผลกระทบดังกล่าวจำเป็นต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมซึ่งจะขอกล่าวในหัวข้อต่อไป

2.5 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาของเดอนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการศึกษาของปิยภรณ์ จันทรโพธิ์ (2547) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการอยู่ 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางจิต ความต้องการการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหรือแหล่งอื่นๆ ด้านการสนับสนุนทางจิตนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมประสบกับปัญหากับภาวะความรู้สึกลดลงทางอารมณ์ มีความเครียด รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย(กรมสุขภาพจิต, 2548; ปิยภรณ์ จันทรโพธิ์, 2547) และพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม มีความต้องการขั้นพื้นฐานดังต่อไปนี้คือ ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ด้านการวินิจฉัยโรคและการรักษาของผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม ต้องการได้รับความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมองเสื่อม การได้รับความรู้ในการดูแลและทักษะการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนทางจิตใจ ต้องการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีเวลาหยุดพักจากการดูแล ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ บริการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ศูนย์บริการดูแลกลางวัน หรือ nursing home และ (รัชฎา รักษานาม, 2543; ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549; Zabalegui et al.,2008) จำเป็นต้องมีการศึกษาถึงการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมให้ตรงกับความต้องการและเพื่อลดผลกระทบจากการดูแล เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม ซึ่งการช่วยเหลือในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะขอกล่าวในหัวข้อต่อไป

2.6 การช่วยเหลือในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ด้วยภาระอันหนักอึ้งในการดูแล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยถูกทารุณกรรม หรืออาจถูกทอดทิ้งตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่ช่วยให้การช่วยเหลือผู้ดูแลซึ่งการพยาบาลประกอบด้วย

1. การพยาบาลโดยการใช้ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การฝึกเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้ (Cognitive training) การฝึกความจำ (Memory training) และการฝึกทักษะที่จำเป็น พฤติกรรมบำบัด การฝึกให้ผู้ดูแล

ตนเองในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (ศิริพันธ์ สาสัดย์, 2549)

2. การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) มีการจัดกระทำหลายรูปแบบเช่นจากการศึกษาของธอมป์สันและคณะ (Thompson et al., 2007) ที่ได้ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับกลุ่มกิจกรรมที่ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าในประเด็นลดความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) มีการใช้กิจกรรมกลุ่มอยู่ 2 ลักษณะ คือ กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติและการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) (Hebert, 2003; Ostwald, 1999) จากการศึกษาของแอคตันและกังก์ (Acton & Kang, 2002) ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในประเด็นการลดความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) พบว่ามีการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) มีงานวิจัยจำนวน 10 เรื่องที่ถือเป็นกลุ่มให้การศึกษ 4 เรื่อง กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติ กลุ่มให้คำปรึกษาและกลุ่มโรงพยาบาลกลางวันอย่างละ 3 เรื่อง จึงเห็นได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นกลุ่มบำบัดที่มีศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อลดผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่น ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ความรู้สึกซึมเศร้า ความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ (Zabalegui et al., 2008) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบของกลุ่มบำบัด ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยมีเป้าหมายการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ หรือการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาช่วยเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญความเครียด การประคับประคองทางอารมณ์ และการขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสามารถลดผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้เช่น จากการศึกษาของเยวภา ยงคิมิตรภาพ (2546) เกี่ยวกับผลการจัดกลุ่มให้สุขภาพจิตศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงหลังทดลอง และหลังติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในด้านการลดความรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาของวิลกินส์ คาสเติล เฮคค์ ทานซี และเฟย์ (Wilkins, Castle, Heck, Tanzy, & Fahey, 1999) ได้วิจัยการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้สึกเป็นภาระ อารมณ์และภูมิคุ้มกันกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษายังมีประสิทธิผล มีความคุ้มค่าลดรายจ่ายได้มากกว่าการดูแลวิธีอื่นๆ สามารถใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Toseland & Smith, 2006)

จากการทบทวนเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผลกระทบจากการให้การดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบยาวนานหลาย 3 ด้านคือ ด้าน

จิตใจเกิดความเครียด มีอารมณ์เศร้า รู้สึกโกรธ รู้สึกอับอาย มีความเครียด รู้สึกกดดันทางอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และมีความรู้สึกเป็นภาระในที่สุด ด้านร่างกายมีอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อน และด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่สามารถทำงานได้ปกติ รายได้ลดลง เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2548; สมทรง จุไรทัศน์, 2550; ศิริพันธ์ สาสัดย์, 2549; Zabalegui et al., 2008) และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ต้องการการสนับสนุนทางจิต ความต้องการการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ความต้องการการช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหรือแหล่งอื่นๆ ด้านการสนับสนุนทางจิตนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการมากที่สุด (ปิยภรณ์ จันทร์โพธิ์, 2547) ซึ่งการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตามความต้องการเพื่อลดผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมดังกล่าว พบว่ามีการจัดกระทำหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติ และการให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือและการบริการ การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เมื่อพิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมแล้วพบว่าการจัดกระทำที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมคือกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เนื่องจากกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบของกลุ่มบำบัด ประกอบด้วยการให้ความรู้โดยมีเป้าหมาย การให้ข้อมูล การเพิ่มทักษะ การดูแลผู้ป่วยและการเผชิญความเครียด การประคับประคองทางอารมณ์ และการจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสามารถลดผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ซึ่งจะขอกกล่าวในหัวข้อต่อไป

3. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

3.1 แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ในปี ค.ศ.1980 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการแพร่หลายความรู้เกี่ยวกับการนำโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามาใช้กับญาติผู้ป่วยจิตเวชอย่างกว้างขวาง (Raskin et al., 1998) โดยมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิต ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Educational Services) แก่ครอบครัวในลักษณะเป็นกลุ่ม แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ การระบายอารมณ์ (Theories of express emotion) โดยกลุ่มจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นกลุ่มที่มีประสิทธิผลที่สุดในแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นกลุ่มบำบัดที่ใช้ได้ทั้งในการศึกษาวิจัยในคลินิกและในชุมชน

เนื่องจากรูปแบบของกลุ่มที่ยืดหยุ่นที่ให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการ (Lukens & Mcfarlane, 2004; Depp et al., 2003)

3.2 ความหมายกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาหมายถึง กลุ่มบำบัดที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ หรือการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มบำบัดที่นำโดยพยาบาลหรือนักวิชาชีพ (Lukens & Mcfarlane, 2004)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหมายถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ถูกต้อง และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นกลุ่มขนาด 6 -10 คน อาศัยกระบวนการกลุ่มที่มีลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน รวมถึงประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล (เขวภา ยงศิริมิตรภาพ, 2546)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ กลุ่มที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ทักษะการจัดการกับความเครียด และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Marano & Bravo, 2002)

สรุปกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาหมายถึง กลุ่มบำบัดที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ หรือการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นกลุ่มบำบัดที่นำโดยพยาบาลหรือนักวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา และจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย (London, 2008; Lukens & Mcfarland, 2004) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ทักษะการจัดการกับความเครียด และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Marano & Bravo, 2002)

3.3 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีลักษณะเป็นกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเกิดการพัฒนาและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวาง

พัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978) นอกจากนี้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษายังเป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างเนื้อหาและเวลากำหนดไว้ชัดเจน กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเพียงอย่างเดียวแต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การปรับระดับประคอง และการให้การปรึกษา (Marano & Bravo, 2002; Lukens & Mcfarlane, 2004)

3.4 วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีโครงสร้างและเนื้อหาที่ไว้ชัดเจนและมีวัตถุประสงค์ดังนี้ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค และการรักษาเพื่อช่วยเหลือและปรับระดับประคอง ลดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในเรื่องปัญหาของการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2548; Lukens & Mcfarlane, 2004; Wilson & Kneisl, 1992)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรคและการรักษา ปรับระดับประคองอารมณ์ เพิ่มทักษะการจัดการความเครียด เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Marano & Bravo, 2002)

ตามแนวคิดของลูเคนส์ และแมคฟาร์ลัน (Lukens & Mcfarlane; 2004) ได้กล่าวถึงการให้สุขภาพจิตศึกษาว่าเป็นรูปแบบการผสมผสานระหว่างกลุ่มให้การศึกษาและการบำบัดทางจิตโดยมีหลักดังนี้

1. กลุ่มให้การศึกษา (educational interventions) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแล เช่น พยาธิสภาพของการเกิดโรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบและการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค ตลอดจนความพิการต่างๆ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล (Information)
2. การบำบัดทางจิต เพื่อการลดภาวะตึงเครียดของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมีผลถึงความเครียดภายในครอบครัว เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping Skills) และเสริมพลังอำนาจ (empowerment) การสนับสนุนช่วยเหลือ (support) และสร้างเครือข่าย (Network)

3.5 กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543; Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มบอกจุดมุ่งหมายในการทำกลุ่ม กฎกติกาและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกละอาย การสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่ม เวลาที่ใช้ 1 ใน 6 ของเวลาทั้งหมด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น นำปัญหาเข้าสู่ความสนใจของกลุ่ม ขอมรับปัญหา พิจารณาแนวทางและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับเกิดความรู้สึกละอายที่สามารถเข้าใจปัญหาตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาลดจน ช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ปัญหาบางอย่าง ระยะนี้กลุ่มวิจารณ์ให้ข้อเสนอแนะ ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการทำกลุ่มให้บรรลุจุดมุ่งหมาย เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา หาแนวทางช่วยเหลือและแก้ปัญหาค่อยๆไป เวลาที่ใช้ 4 ใน 6 ของเวลาทั้งหมด

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ปัญหาและข้อเสนอแนะ โดยการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าความเปลี่ยนแปลง ความสำเร็จของกลุ่ม

กล่าวโดยสรุปกระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้น ที่บุคคลมาทำงานร่วมกัน มีกิจกรรมร่วมกันจนสิ้นสุดกระบวนการตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคล การที่บุคคลได้พบปะและมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์ และปฏิบัติจริงทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญห การตัดสินใจ และการรู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น (เพ็ญพรรณ พรหมนารถ, 2540; Wilson & Kneisl, 1992)

3.6 องค์ประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

องค์ประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วยขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม การเลือกสมาชิกกลุ่ม การดำเนินการ ซึ่งทั้งหมดถ้าไม่เหมาะสมจะมีผลต่อการดำเนินกลุ่มได้ (Yalom, 1983)

3.6.1 ขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาคือ ประมาณ 6-10 คน (Yalom, 1983) ถ้ากลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้และจะไม่เกิดผลในการบำบัด (เพ็ญพรรณ พรหมนารถ, 2540; Adkins, 1999)

3.6.2 ระยะเวลาการทำกลุ่ม

มีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาการศึกษาของแอดกิน (Adkins, 1999) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำกลุ่ม 8-12 ครั้ง ทำกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลารวม 8 -12 สัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง (Agronin & Maletta, 2006) และไม่ควรทำทุกวัน (Yalom, 1983)

3.6.3 การเลือกสมาชิกกลุ่ม

จะเลือกเป็น Homogenous หรือ Heterogenous group ก็ได้ อาจจะเหมือนหรือต่างกันในเรื่องอายุ เพศ โรค การศึกษา อาชีพ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มและเลือกสมาชิก ที่สามารถพูดคุยได้ รับฟังและแสดงความคิดเห็นได้และเต็มใจที่จะเข้ากลุ่ม (เพ็ญพรรณพรหมนารถ, 2540)

3.6.4 การดำเนินการมีลักษณะการดำเนินกลุ่มดังนี้ จัดหาห้องทำกลุ่มที่มีบรรยากาศเป็นส่วนตัวและปราศจากเสียงดังรบกวนการทำกลุ่ม จัดเก้าอี้ประมาณ 10 ตัว ให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นวงกลม จะได้มีโอกาสเห็นหน้ากันทุกคน จัดหาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เช่น กระดาน ปากกาเขียนกระดาน กระดาษ วัสดุทัศนเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สื่อคอมพิวเตอร์ สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม (เพ็ญพรรณพรหมนารถ, 2540; โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552)

3.7 บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม การทำกลุ่มให้ได้ผลดี จะต้องให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดีและเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้องดังนี้ (Marram, 1978)

3.7.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มให้ชัดเจน อธิบายให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมาย และวิธีการดำเนินกลุ่ม

3.7.2 สร้างแบบแผนการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ โดยมีการวางแผนโครงสร้างการทำกลุ่ม กำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก

3.7.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก โดยการกระตุ้นให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดในหัวข้อเดียวกัน จะทำให้สมาชิกทราบว่าปัญหาที่ตนเองมีผู้อื่นก็มีเช่นเดียวกับของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น

3.7.4 กระตุ้นให้สมาชิกระบายและแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือของสมาชิกส่วนใหญ่

3.7.5 ช่วยลดความกังวลของสมาชิก ตั้งแต่เริ่มแรกของการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรล่วัตถุประสงค์ผู้นำกลุ่มต้องมีท่าทีแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมให้การช่วยเหลือแก่สมาชิก

3.7.6 การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมายที่วางไว้

ในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ต้องได้รับความร่วมมือจากสมาชิกกลุ่ม ควรเข้าใจบทบาทสมาชิกกลุ่ม เพื่อกระบวนการกลุ่มเกิดการพัฒนา และนำไปสู่การแก้ปัญหา เกิดประโยชน์กับสมาชิกทุกคน

3.8 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

บทบาทของสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของกลุ่ม บทบาทของสมาชิกกลุ่มประกอบด้วย 3 บทบาท (เพ็ญพรรณ พรหมนารถ, 2540; Marram, 1978) คือ

3.8.1 เป็นผู้รับบริการ โดยการพูดถึงปัญหาของตน และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆ

3.8.2 เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยให้ความช่วยเหลือสมาชิกอื่น ๆ การช่วยเหลือมาจากการฟังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การแนะนำทางเลือก การมีส่วนร่วมในกลุ่ม ซึ่งผู้ให้ความช่วยเหลือจะมีโอกาสสร้างความเชื่อมั่นในตนเองมีสภาวะจิตที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.8.3 เป็นผู้เป็นต้นแบบ โดยสมาชิกต่างก็มีการเรียนรู้พฤติกรรมและทักษะซึ่งกันและกัน การปรับตัวทางสังคมของสมาชิกแต่ละคนเป็นเหตุให้มีโอกาสเลียนแบบกันได้

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้สมาชิกเป็นได้ทั้งผู้ให้ความช่วยเหลือ ผู้รับความช่วยเหลือ และเป็นต้นแบบในเวลาเดียวกัน ทำให้สมาชิกเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการได้รับกำลังใจ การได้รับข้อมูล ทำให้เกิดมีการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้การได้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดีในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เยาภา ยงคิมิตรภาพ, 2546) การเรียนรู้ทางสังคมช่วยให้เกิดแรงสนับสนุนในกลุ่ม เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกและเกิดการสร้างเครือข่าย (Lukens & Mcfarlane, 2004)

ในปัจจุบันการใช้กระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย ญาติหรือผู้มารับบริการเป็นที่นิยมแพร่หลาย เพราะกระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีประโยชน์

1) กลุ่มสามารถทำได้ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล รูปแบบของกลุ่มทำได้ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัว อีกทั้งกลุ่มยังสามารถทำได้ทั้งในงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน (Lukens & Mcfarlane, 2004)

2) ช่วยให้ญาติเข้าใจและช่วยดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในครอบครัวและสังคมได้นานขึ้น ไม่ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Lukens & Mcfarlane, 2004)

3) การทำกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) กับคนอื่นๆ ดีขึ้น (Lukens & Mcfarlane, 2004)

4) ช่วยให้ญาติมีความรู้และเข้าใจการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และรู้สึกว่าได้ประโยชน์ ได้ประสบการณ์ ได้รับรู้จากคนอื่นๆ ต่างก็มีประสบการณ์และปัญหาความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยอย่างเดียวกัน และได้เห็นแนวทางแก้ปัญหาเพื่อช่วยผู้ป่วยให้อยู่ในสังคมได้ (Raskin et al., 1998)

5) ช่วยให้ผู้มารับบริการได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หาวิธีที่จะแก้ปัญหา และหาวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผู้ที่มีปัญหา ญาติและผู้ป่วยจะรู้สึกเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนซึ่งกันและกัน ร่วมกันรับผิดชอบที่จะหาวิธีแก้ปัญหา (เพ็ญพรรณ พรหมนารถ, 2540)

โดยสรุป กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างการใช้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการเผชิญปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจหรือการให้คำปรึกษาแก่ญาติ ผู้ดูแล และผู้ป่วย เป็นกลุ่มบำบัดที่นำโดยพยาบาลหรือนักวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา และขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและสร้างเครือข่าย กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการทางสังคม และมีอิทธิพลที่สำคัญในอันที่จะให้สมาชิกในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เกิดการให้ความช่วยเหลือสมาชิกอื่นๆ การช่วยเหลือมาจากการฟัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การแนะนำทางเลือกและการมีส่วนร่วมในกลุ่ม

3.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศมีดังนี้

แอคตัน และกัง (Acton & Kang, 2001) ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดกระทำเพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 ถึงปี ค.ศ. 1999 พบว่าเป็นการจัดกระทำที่ใช้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 10 เรื่อง เป็นวิจัยเชิงทดลอง

จำนวน 5 เรื่อง และเป็นวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 5 เรื่อง เนื้อหาในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม พฤติกรรมผู้ป่วย ทักษะการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ดูแลและเพิ่มเครือข่ายระหว่างสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลลัพธ์ของการศึกษาใน ประเด็นการลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระ ซึ่งสามารถลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilkins, Castle, Heck, Tanzy, & Fahey, 1999)

สกลชัย มาติร์ และคลินเจอร์ (Schulz, Martire, & Klinger, 2005) ได้ทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์การจัดกระทำในจิตเวชสูงอายุ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึงปี ค.ศ. 2005 พบว่าในประเด็นการจัดกระทำในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีวิจัยจำนวน 41 เรื่อง ประกอบด้วยการจัดกระทำดังนี้ กลุ่มบำบัดทางปัญญา กลุ่มสนับสนุน ช่วยเหลือญาติ กลุ่มฝึกทักษะ การฝึกความจำ การให้คำปรึกษา การจัดการรายกรณี และการใช้กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาซึ่งมีจำนวน 4 เรื่อง (Ducharme et al., 2005; Hebert et al., 2003; Martin-Cook et al., 2003; Ostwald, 1999) ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระและความเครียด เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม 4 - 8 ครั้ง ระยะเวลาทำกลุ่มครั้งละ 1 ชั่วโมงถึง 2 ชั่วโมง

ธอมป์สันและคณะ (Thompson et al., 2007) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบเกี่ยวกับการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2003 ถึงเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 2005 พบว่าเป็นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าจำนวน 5 เรื่อง และลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระจำนวน 3 เรื่อง และเป็นการใช้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเพื่อลด ภาวะซึมเศร้าจำนวน 7 เรื่อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถบุคคลจำนวน 2 เรื่อง

ปาร์เกอร์ มิลส์ และแอบบี้ (Parker, Mills, & Abbey, 2008) โดยการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชนตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2005 พบว่าเป็นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 7 เรื่อง และลดภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 เรื่อง เป็นการใช้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเพื่อลดความรู้สึกละอายใจและเพิ่มความพึงพอใจใน ชีวิตจำนวน 2 เรื่อง เป็นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตจำนวน 2 เรื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่ม สุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ซึ่งมีการศึกษาในประเด็น ต่างๆดังนี้ ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด อัลไซเมอร์ (เยาวภา ยงคิมิตรภาพ, 2546) การศึกษาการให้ความรู้และปรับประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต (วินา วิทย์เจียก ขจร, 2549) ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และ

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549) ซึ่งผู้ศึกษาจะนำมาใช้ตั้งแต่นี้ต่อไป

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความจำเสื่อมถอยไปเรื่อยๆ และมีความผิดปกติของสติปัญญาในหลายๆด้าน และก่อความบกพร่องด้านสังคมและการทำงาน ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือปฏิบัติให้ในทุกด้าน และจากการที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับผลกระทบในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจะมีความเครียด ท้อแท้ หดเหี่ยวแรง (รัชฎา รักษานาม, 2543) มีอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ รู้สึกอับอาย ไม่มีเวลาพักผ่อน (Davis & Tremont, 2007; Michon et al., 2005; Zabalegui et al., 2008) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแล (Toseland & Smith, 2001) มีความพร้อมในการดูแลต่ำ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าและมีผลต่อระดับความเครียดเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระตามมา (สุปราณี สมบูรณ์, 2548) และเนื่องจากอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขาดประสบการณ์ดูแล (สกวรัตน์ เทพประสงค์, 2548) และจากการศึกษาของปิยภรณ์ จันทร์โพธิ์ (2547) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการอยู่ 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางจิต ความต้องการการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ความต้องการการช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหรือแหล่งอื่นๆ ด้านการสนับสนุนทางจิตนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมประสบกับปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกกดดันทางอารมณ์ มีความเครียด รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย การช่วยเหลือผู้ดูแลให้ลดผลกระทบจากการดูแล และตรงกับความต้องการที่เกิดขึ้น การทำจัดกระทำที่เหมาะสมคือ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation group) ซึ่งกลุ่มมีรูปแบบของการให้ความรู้ อันประกอบด้วย การให้ความรู้โดยมีเป้าหมายการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรคและการรักษา ช่วยเหลือและประคับประคองทางอารมณ์ และการจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (เยาวภา ขงดี มิตรภาพ, 2546; Acton & Kang, 2001) ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลและการจัดการ เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต (Acton & Kang, 2001; Thompson et al., 2007) จึงเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นวิธีการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) (Polit & Hungler, 1997) โดยกระบวนการประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเองและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 - มิถุนายน พ.ศ. 2552 ดังนี้

- 1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.car.chula) และกรมสุขภาพจิต (dmh) ฐานข้อมูลวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย (lib.ns.mahidol.ac.th)

2) สืบค้นงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ PubMed, Ovid, CINAHL, Highwire, ScienceDirect, Wiley interScience, ProQuest, และ www.Cochrane.org

3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่นห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดโรงพยาบาลศิริราช ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words) ได้แก่

1.2.1 Dementia and Psychoeducation

1.2.2 Alzheimer's and Psychoeducation

1.2.3 Caregiver and Psychoeducation

1.2.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือดังนี้

1.3.1 ชนิดของการจัดกระทำ พิจารณาคัดเลือกวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

1.3.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทุกเพศทุกวัยที่ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

1.3.3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองชนิด RCT หรือกึ่งทดลอง

1.3.4 เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full text ได้

1.4 เกณฑ์การคัดออกงานวิจัย คืองานวิจัยชนิด Meta Analysis

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนงานวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา ที่สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย ที่หลังจาก คัดเรื่องที่ เข้าออกแล้ว
PubMed	1. Dementia and Psychoeducation	8	0	0
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	4	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	40	1	1
Ovid	1. Dementia and Psychoeducation	3	0	0
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	4	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	28	0	0
Highwire	1. Dementia and Psychoeducation	21	2	2
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	38	1	1
	3. caregiver and Psychoeducation	41	3	3
CINAHL	1. Dementia and Psychoeducation	0	0	0
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	19	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	7	0	0
Wiley	1. Dementia and Psychoeducation	4	1	1
InterSciene	2. Alzheimer's and Psychoeducation	9	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	34	0	0
ScienceDirect	1. Dementia and Psychoeducation	0	0	0
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	0	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	33	0	0

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา ที่สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย ที่หลังจาก คัดเรื่องที่ เข้าออกแล้ว
ProQuest	1. Dementia and Psychoeducation	0	0	0
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	0	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	27	0	0
www. Cochrane.org	1. Dementia and Psychoeducation	0	0	0
	2. Alzheimer's and Psychoeducation	4	0	0
	3. caregiver and Psychoeducation	22	0	0
library.car. chula.ac.th	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	1	0	0
www.lib.ns. mahidol.ac.th	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา	0	0	0
www.li. mahidol.ac.th	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา	0	0	0
ห้องสมุด คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา	0	0	0
ห้องสมุด จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา	4	1	1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา ที่สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา ที่ตรงตาม เกณฑ์	จำนวน งานวิจัย ที่หลังจาก คัดเรื่องที่ ซ้ำออกแล้ว
ห้องสมุดกรม สุขภาพจิต	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	0	0	0
หอสมุด แห่งชาติ	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	4	2	2
ห้องสมุด สำนักงาน คณะกรรมการ วิจัยแห่งชาติ	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	2	2 (2)	0
ห้องสมุด คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	0	0	0
ห้องสมุด จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	4	1	1
ห้องสมุด โรงพยาบาล ศรีธัญญา	1. Alzheimer's and Psychoeducation	0	0	0
	2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	0	0	0
Reference list		6	6	6
รวม		367	18 (2)	16

หมายเหตุ () งานวิจัยที่ซ้ำ

จากคำสำคัญทั้งหมด เมื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ไม่ซ้ำกันจากฐานใดฐานหนึ่งทั้งในและต่างประเทศมีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ จำนวน 16 เรื่อง

2. แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) พิจารณาใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta - analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta- analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ Non Randomized Controlled Trials, Cohort - study, Case Control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) งานวิจัยที่สืบค้นได้ 16 เรื่อง เป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 11 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พิจารณา สกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2) แบบการวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล(Data collection)
- 6) การจัดกระทำ (Method / Intervention)
- 7) ผลการวิจัย(Finding / Result) ในการวิจัย
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (Implication / Implementation)

รายชื่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่สืบค้นได้ได้นำเสนอไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงรายชื่องานวิจัยสืบค้นและนำมาสังเคราะห์

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้แต่ง	ปี	ระดับ หลักฐาน ทางวิชาการ
1. Coping With Frustration Classes: Development and Preliminary Outcomes With Woman Who care for Relatives With Dementia	Gallagher-Thompson, D and DeVries, H.M.	1994	A
2. Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational Intervention for Caregivers of Persons With Dementia	Ostwald, S.K. et al	1999	A
3. Caregiver attribution and resentment In dementia care	Martin-Cook, K., Remakel-Davis, B., Svetlik, D., Hynan, L.S. and Weiner, M.F.	2003	A
4. Efficacy of a Psychoeducative group program for Caregivers of Demented Persons Living at Home: A randomized controlled Trial	Hebert, R. et al	2003	A
5. Anger and Depression management: Psychoeducational Skill Training interventions for Woman Caregivers of a Relatives With Dementia	Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K. and Gallagher-Thompson, D	2003	A

ตาราง 2 แสดงรายชื่องานวิจัยสืบค้นและนำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้แต่ง	ปี	ระดับ หลักฐาน ทางวิชาการ
6. Taking Care of Myself : Efficacy of an intervention programme for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting	Ducharme,F., Levesque, L., Lachance, L., Giroux, F., Legault, A. & Previle,M.	2005	A
7. Partners in caregiving: A Psychoeducation Program Affecting Dementia Family Caregivers' Distress and Caregiving Outlook	Hepburn, K., et al	2005	A
8. The Demonstrated Effectiveness of a Transportable Dementia Caregiver Psychoeducation Program	Hepburn, K., Lewis, M., Tornatore,J., Sherman, C.W. and Bremer, K.N.	2007	A
9. Impact of a Multimodal Rehabilitative Intervention on Demented Patients and Their Caregivers.	Onor, M. L. et al	2007	A
10. A Disease Management program for families of Persons in Hong Kong With Dementia	Chien, W.T. and Lee, Y.M.	2008	A
11. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in alzheimer's disease patients' caregivers	Marti'n-Carrasco, M. et al	2008	A
12. A Psychoeducational Model for Hispanic Alzheimer's Disease Caregivers.	Carmen, L.M., & Marina, B.	2002	B

ตาราง 2 แสดงรายชื่องานวิจัยสืบค้นและนำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชื่อผู้แต่ง	ปี	ระดับ หลักฐาน ทาง วิชาการ
13. Change in Indices of distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives With dementia: Site-Specific Result from the REACH National Collaborative Study	Gallagher-Thompson, D., Coon, D.W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y. and Thompson, L.W.	2003	B
14. ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์	เยาวภา ขงคิมิตรภาพ	2546 (2003)	B
15. ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์	พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ วีณา วิทย์เจียกขจร	2549 (2006)	B
16. การศึกษาการให้ความรู้และปรับประคับประคองแบบกลุ่มต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต		2549 (2006)	B

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สามารถสรุปผลได้ตามหัวข้อการวิเคราะห์ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัย ทั้ง 16 เรื่อง เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม แสดงไว้ในตารางที่ 4 ในภาคผนวก
2. ผลการวิเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้
 - 2.1 คุณภาพของงานวิจัย
 - 2.2 ประเภทของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา องค์ประกอบและผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
 - 2.2.1 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ
 - 2.2.2 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์
3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

1. ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

สำหรับการถนอมองค์ความรู้จากงานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง รายละเอียดของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้แสดงไว้ในตาราง 4 ในภาคผนวก

2. ผลการวิเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย

ผลการวิเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 16 เรื่องเมื่อนำมาประเมินคุณภาพของงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็น

หลักฐานระดับ A จำนวน 11 เรื่อง (Chien & Lee, 2008; Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Carrasco et al., 2008; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) และระดับ B จำนวน 5 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Gallagher-Thompson et al., 2003) ในจำนวนงานวิจัย 16 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 13 เรื่อง (Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Carrasco et al., 2008; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 3 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549)

2.2 ประเภทของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา องค์ประกอบและผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง สามารถสรุปได้เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของกิจกรรมและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์การศึกษาแต่ละรูปแบบ โดยมีองค์ประกอบของแต่ละรูปแบบคือ ระยะเวลาของการบำบัด ลักษณะเนื้อหา กิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ขนาดของกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่ม และผลลัพธ์ของการบำบัดดังนี้

2.2.1 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง พบว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จำนวน 10 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald . et al., 1999) ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 6 เรื่อง (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald . et al., 1999) และเป็นงานวิจัยระดับ B จำนวน 4 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002;) สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ระยะเวลาของการบำบัด

ระยะเวลาในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าระยะเวลาการบำบัดมีความแตกต่างกันดังนี้

- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549) ทำกลุ่มทั้งวันตั้งแต่เวลาประมาณ 8.30น – 16.00 น. รวม 2 วัน
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (วีณา วิทย์เกษขจร, 2549) ทำกลุ่ม 3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยทำกลุ่มสัปดาห์แรก 2 ครั้ง สัปดาห์ที่สอง 1 ครั้ง
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Martin – Cook et al., 2003) ทำกลุ่ม 4 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Carmen & Marina, 2002) ทำกลุ่ม 5 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มวันละครั้ง ทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน
- มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007) ทำกลุ่ม 6 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Ostwald et al., 1999) ทำกลุ่ม 7 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 7 สัปดาห์
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (เขาวภา ยงคิมิตรภาพ, 2546) ทำกลุ่ม 9 ครั้งๆละ 1-2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์แรกวันเสาร์ 4 ครั้งในวันอาทิตย์ 3 ครั้ง ในวันสัปดาห์ที่สองทำวันเสาร์ 2 ครั้งรวม 2 สัปดาห์
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Chien & Lee, 2008) ทำกลุ่ม 12 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์เว้นสัปดาห์รวม 24 สัปดาห์
- มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Onor et al., 2007) ทำกลุ่ม 16 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 16 สัปดาห์

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่องจะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จำนวนครั้งของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาอยู่ระหว่าง 3 - 16 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง นาน 2 วันถึง 24 สัปดาห์ ความถี่ในการทำกลุ่มตั้งแต่ 2 วันติดต่อกันถึงทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่มส่วนใหญ่ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มส่วนใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 5 เรื่อง (Hepburn et al., 2005; Hepburn et

al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) ระยะเวลารวมส่วนใหญ่ 6 สัปดาห์ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ลักษณะกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าประกอบด้วยวิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

วิธีดำเนินการกลุ่ม

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัยสามารถสรุปวิธีการดำเนินการกลุ่มตามประเด็นเกี่ยวกับ ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสถานที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่มสรุปได้ดังนี้

- ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าเป็นแบบกลุ่มปิดประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดิมตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เยาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทยเจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald . et al., 1999;)

- กระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าเป็นประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เยาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทยเจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999)

- ระยะสร้างสัมพันธภาพเป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน การดำเนินกลุ่มเริ่มด้วยกิจกรรมเปิดกลุ่ม แจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม วิธีการดำเนินกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มแนะนำตัว (เยาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทยเจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002) มีการปฐมนิเทศเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Chien & Lee, 2008) มีการแจ้งให้ทราบแนวทางการดำเนินการกลุ่ม (Carmen & Marina, 2002; Ostwald . et al., 1999) ระยะนี้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักกัน และต่อด้วยการอภิปรายปัญหา และการนำเสนออย่างเป็นทางการ (เยาวภา ยงดี

มิตรภาพ, 2546; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007)

- ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น นำปัญหาเข้าสู่ความสนใจของกลุ่ม ยอมรับปัญหา พิจารณาแนวทางและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง ระยะนี้กลุ่มวิจารณ์ให้ข้อเสนอแนะ อภิปรายปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือ และแก้ปัญหา ลักษณะนี้พบในงานวิจัย 10 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีออนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขียวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald .et al., 1999) สรุปได้ว่าเป็นการให้ข้อมูล อภิปรายปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือ มีงานวิจัยจำนวน 6 เรื่องที่กล่าวถึงการใช้บทบาทสมมติ และการฝึกทักษะต่างๆ (ฟิรพนธ์ ลีออนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

- ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปได้ว่างานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีออนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขียวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald .et al., 1999) ผู้ดำเนินการกลุ่ม มีการสรุปประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ปัญหาและข้อเสนอแนะ โดยการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าของกลุ่ม

- อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรม จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่ามี จำนวน 5 เรื่อง ที่มีการใช้ สื่อวีดีโอ และสื่อคอมพิวเตอร์ (ฟิรพนธ์ ลีออนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขียวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Ostwald . et al., 1999) มีการใช้สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก (วินา วิทย์เจียกขจร, 2549) คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ แผ่นพับเรื่อง เรื่องน่ารู้สมองเสื่อม และเรื่องอยู่กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อย่างไรไม่ให้เครียด (เขียวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546)

- สถานที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Carmen & Marina, 2002; Ostwald . et al., 1999) ดำเนินกิจกรรมที่คลินิกความจำเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชน งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีออนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Onor et al., 2007) ดำเนินกิจกรรมที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007) ดำเนินกิจกรรมที่สมาคมโรคอัลไซเมอร์ งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ดำเนินกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช (เขียวภา ยงดี

มิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เกษจร, 2549) ศูนย์การดูแลโรคสมองเสื่อม (Chien & Lee, 2008) ดำเนินกิจกรรมที่คลินิกโรคอัลไซเมอร์และโรคที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (Martin – Cook et al., 2003)

ลักษณะเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าเนื้อหากิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม และการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะ และการช่วยเหลือด้านจิตใจ ได้แก่

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และการดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่องที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมซึ่งมีการเน้นในหัวข้อที่แตกต่างกัน ดังนี้

- การให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย สาเหตุของโรคสมองเสื่อม พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค ระบาดวิทยา อาการแสดง และระยะเวลาการเจ็บป่วยจำนวน 10 เรื่อง (พีรพนธ์ ลีอนุญชวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขียวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เกษจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ จำนวน 6 เรื่อง (พีรพนธ์ ลีอนุญชวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; วีนา วิทย์เกษจร, 2549; เขียวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Carmen & Marina, 2002; Onor et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003) และการให้ความรู้เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Carmen & Marina, 2002)

- การให้ความรู้เรื่ององค์ความรู้จากงานวิจัยในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคสมองเสื่อม (Carmen & Marina, 2002)

- การให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อม (Onor et al., 2007)

- การให้ความรู้เรื่องอาการนำและความเสื่อมถอยทางปัญญา จำนวน 2 เรื่อง (Carmen & Marina, 2002; Onor et al., 2007)

- การให้ความรู้เรื่องปัญหาพฤติกรรม การต้องพึ่งพาในการใช้ชีวิตประจำวัน การจัดการกับอาการของผู้ป่วย (Onor et al., 2007)

- การให้ความรู้เรื่องผลกระทบของโรค ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ครอบครัว จำนวน 9 เรื่อง (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor

et al., 2007; Ostwald . et al., 1999; พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549)

- การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา จำนวน 10 เรื่อง (พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald . et al., 1999) มีงานวิจัย 1 เรื่องที่มีเภสัชกรพูดคุยและอภิปรายให้กับกลุ่มเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมองเสื่อมในปัจจุบัน (Carmen & Marina, 2002)

- การให้ความรู้เรื่องความสำคัญของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแล และวิธีในการดูแลผู้ป่วยมีงานวิจัย จำนวน 4 เรื่อง (พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Carmen & Marina, 2002; Martin – Cook et al., 2003)

- การให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย จำนวน 3 เรื่อง (พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Carmen & Marina, 2002; Martin – Cook et al., 2003)

- การให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์การสื่อสารสำหรับจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วย มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Carmen & Marina, 2002; Martin – Cook et al., 2003)

- การให้ความรู้เรื่องเทคนิคในการดูแลความสะอาดผู้ป่วยเช่น การให้อาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การกระทำที่จะลดการฟุ้งพา และการจัดสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งปกติ และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการกระตุ้นมีงานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (Carmen & Marina, 2002; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999)

- การให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์การดูแลตามความบกพร่องทางสติปัญญา (Hepburn et al., 2005)

2) เนื้อหากิจกรรมการฝึกทักษะ จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง มีการฝึกทักษะที่มีรูปแบบแตกต่างกันดังนี้

- การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้บทบาทสมมุติมีงานวิจัย จำนวน 4 เรื่อง (พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

- การฝึกทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Carmen & Marina, 2002)

- การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความคิดด้านลบ (วีนา วิทยเจียกขจร, 2549) และการฝึกใช้กลยุทธ์ในการคิด ผลกระทบเชิงลบ สามารถปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นได้ (Hepburn et al.; 2007)

3) เนื้อหากิจกรรมด้านการช่วยเหลือทางจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่าการช่วยเหลือด้านจิตใจ มีดังนี้

- การจัดการความเครียด งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขวภา ขงดีมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทยเจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999;) ได้กล่าวถึงการจัดการกับความเครียดในรูปแบบที่แตกต่างกันเช่น มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขวภา ขงดีมิตรภาพ, 2546; วีนา วิทยเจียกขจร, 2549) ที่มีการใช้กรอบคว่ำบ่ามัดและใช้บทบาทสมมติ มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขวภา ขงดีมิตรภาพ, 2546; Martin – Cook et al., 2003) ที่มีการใช้การบำบัดทางพฤติกรรมละปัญญา เน้นบทบาทเกี่ยวกับการพูดคุยกับตนเอง และการปรับโครงสร้างความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกผิด ความโกรธ ความขุ่นเคืองใจ และความซึมเศร้า และมีการใช้เทคนิคการจัดการกับความเครียดตามวัฒนธรรมความเชื่อของคนจีน (Chien & Lee, 2008)

- การพูดคุยถึงผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ความรู้สึกและประสบการณ์ของ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (เขวภา ขงดีมิตรภาพ, 2546; Carmen & Marina, 2002; Onor et al., 2007)

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน การบริการที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้เช่น บริการโรงพยาบาลกลางวัน (day care) บริการโรงพยาบาลครั้งคราวเพื่อให้ญาติได้พัก (respite care) และตัวแทนจากสมาคมโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มาพูดคุยและอภิปรายเกี่ยวกับการบริการที่สมาคมจัดให้และการเข้าถึงบริการ (Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง จะเห็นได้ว่าลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ เป็นแบบกลุ่มปิดประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่ม และเป็นกลุ่มแบบมีโครงสร้างประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้แบบสองทางเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค, การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรค ระบาดวิทยา สาเหตุของโรคสมองเสื่อม อาการแสดง, ระยะเวลาการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อม ความรู้

เรื่องปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ครอบครัว บทบาทของผู้ดูแล และวิธีในการดูแล การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการช่วยเหลือด้านจิตใจ การจัดการความเครียด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนจำนวน 10 เรื่อง (พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงศิริมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999)

ขนาดของกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า ขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีขนาดแตกต่างกันคือ กลุ่มละ 3-7 คนจำนวน 2 เรื่อง (Hepburn et al., 2005; Ostwald et al., 1999) กลุ่มละ 8 คนจำนวน 2 เรื่อง (เขาวภา ยงศิริมิตรภาพ, 2546; Onor et al., 2007) กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 เรื่อง (วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007) กลุ่มละ 18-19 คน (Martin – Cook et al., 2003) และไม่ได้ระบุขนาดกลุ่มจำนวน 2 งานวิจัย (พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Chien & Lee, 2008)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่องจะเห็นได้ว่าขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ ขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 3-19 คน ส่วนใหญ่มีขนาด 8-10 คน จำนวน 5 เรื่อง (เขาวภา ยงศิริมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007; Onor et al., 2007)

ผู้ดำเนินการกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ ทั้ง 10 เรื่อง พบว่า ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นบุคคลต่อไปนี้

- เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ในระดับที่แตกต่างกันดังนี้ มีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al ; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999) เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง เป็นพยาบาลจิตเวช (วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Martin – Cook et al., 2003) เป็นพยาบาลจิตเวชที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (วินา วิทย์เจียกขจร, 2549) เป็นพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Hepburn et al., 2007) และเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำกลุ่มจำนวน 32 ชั่วโมง (Chien & Lee, 2008)

- แพทย์จำนวน 3 เรื่อง (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003) เป็นแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Hepburn et al., 2007) และเป็นจิตแพทย์ (ฟิรพน์ธ ลีออนูญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Onor et al., 2007)

- นักสังคมสงเคราะห์เป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก (Carmen & Marina, 2002) และเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่กำลังการศึกษาระดับปริญญาโท (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546)

- นักจิตวิทยาคลินิก (Onor et al., 2007)

จากวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่องจะเห็นได้ว่าผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นแพทย์ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003) จิตแพทย์ (Onor et al., 2007; ฟิรพน์ธ ลีออนูญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549) นักสังคมสงเคราะห์ (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Carmen & Marina, 2002) นักจิตวิทยาคลินิก (Onor et al., 2007) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้รับการการอบรมเกี่ยวกับการทำกลุ่ม (วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999)

ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่ม หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ ทั้ง 10 เรื่อง พบว่ามีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้ง 10 เรื่อง (ฟิรพน์ธ ลีออนูญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) และในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จำนวน 6 งานวิจัย (ฟิรพน์ธ ลีออนูญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV (Chien & Lee, 2008; Onor et al., 2007) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดที่รักษาไม่ได้ มีอาการอยู่ในระยะแรกถึงระยะรุนแรง (Ostwald et al., 1999) และเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ระยะแรกถึงระยะกลาง (Onor et al., 2007)

- เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยประเมินได้จากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ต้องไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546) และให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 3 เดือน (Chien & Lee, 2008)

- พบพบว่า มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่องที่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (ฟิรพนธ์ ลีออนบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) พบว่าเป็นเพศชาย และเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน (วีณา วิทย์เจียกขจร, 2549) และไม่ระบุเรื่องเพศ (Carmen & Marina, 2002)

- อายุของผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา อายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 65 ปี จำนวน 9 เรื่อง (ฟิรพนธ์ ลีออนบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วีณา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) และอายุระหว่าง 64 - 69 ปี (Hepburn et al., 2005)

- ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 4 เรื่อง (วีณา วิทย์เจียกขจร, 2549; เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Chien & Lee, 2008; Ostwald et al., 1999) ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี (ฟิรพนธ์ ลีออนบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Hepburn et al., 2007) ได้รับการศึกษา 12 ปี (Carmen & Marina, 2002) ได้รับการศึกษา 8 ปี (Onor et al., 2007) และไม่ได้ระบุระดับการศึกษา (Hepburn et al., 2005; Martin – Cook et al., 2003)

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสจำนวน 5 เรื่อง (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วีณา วิทย์เจียกขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2007; Onor et al., 2007) เป็นบุตร (ฟิรพนธ์ ลีออนบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2007) และอาศัยอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อม (Chien & Lee, 2008)

- คุณสมบัติอื่นๆ พบว่าเป็นผู้ดูแลที่มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ประเมิน (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546) เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน (Martin – Cook et al., 2003) เป็นผู้ดูแลมีเชื้อชาติลาตินอเมริกัน (Carmen & Marina, 2002) เป็นผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ (วีณา วิทย์เจียกขจร, 2549) เป็นผู้ดูแลที่ไม่ป่วยด้วยโรคทางจิต (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Chien & Lee, 2008; Onor et al., 2007) เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน และการมองเห็นระดับรุนแรงหรือป่วยด้วยโรคทางสมอง

ที่ทำให้ความสามารถได้ขึ้นและการมองเห็นบกพร่อง (Onor et al., 2007) และเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะเป็นอุปสรรคกับการเรียนรู้ (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546)

การช่วยให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจทั้ง 10 เรื่อง พบว่ากลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่ม มีการจัดบริการผู้ดูแลทดแทนชั่วคราว และบริการการเดินทางให้กับผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมการวิจัยฟรี (Carmen & Marina, 2002)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมกลุ่ม หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ระยะแรกถึงระยะกลาง มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ประเมิน (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 65 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจทั้ง 10 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์การบำบัดที่ประเมินมีดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ

1.1 ความรู้ (Knowledge) มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ (พีรพนธ์ ลีอนุวัธชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007) 2 ใน 3 เรื่อง (Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007) พบว่าหลังการทดลองความรู้ของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พีรพนธ์ ลีอนุวัธชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549) และงานวิจัยอีก 1 เรื่อง เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวพบว่า หลังการทดลองพื้นที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Competence) มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007) 1 เรื่อง (Hepburn et al., 2005) พบว่าหลังการทดลองที่ระยะ 6 เดือนและ 12 เดือน คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.000$ ทั้งสองช่วงเวลา แต่เมื่อ

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอีก 1 เรื่อง (Hepburn et al., 2005) พบว่าหลังการทดลองที่ระยะ 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.000$ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติตน Knowledge Attitude Practice ; KAP) มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ (พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย และนันท์ ทวีชาชาติ, 2549) เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการปฏิบัติตนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องทัศนคติกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม และอื่นๆ

2.1 ความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) มีงานวิจัย จำนวน 4 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ (วินา วิทย์เกษกร, 2549; Chien & Lee, 2008; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) พบว่างานวิจัย 1 เรื่อง (Chien & Lee, 2008) หลังการทดลองทันที และ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ทั้งสองเวลา และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองทันที และ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ทั้งสองเวลา

- มีงานวิจัย 1 เรื่องที่ประเมินผลลัพธ์นี้ (Onor et al., 2007) เป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลก่อน หลังการทดลอง 2 เดือน และติดตามผล 4 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง 2 เดือน พบว่า หลังการทดลอง 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองและ ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.759$, $p = .027$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 2 เดือน พบว่า หลังการทดลอง 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -335$, $p = .011$) (Onor et al., 2007)

- งานวิจัย 1 เรื่อง (Ostwald et al., 1999) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทันทีและก่อนการทดลอง พบว่าหลังการทดลองทันทีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองทันทีและหลังการติดตามผล 5 เดือน พบว่าคะแนนความรู้สึกเป็นภาระหลังการติดตามผล 5 เดือนลดลงกว่าหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.23, p = .03$) เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 5 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระหลังการทดลอง 5 เดือนลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.53, p = .005$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองและหลังการติดตามผล 5 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองเวลา

- งานวิจัย 1 เรื่อง (วินา วิทย์เกษกร, 2549) ทดลองในกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว พบว่าหลังทดลองทันทีผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระโดยรวมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.79, p < .05$)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ หลังการทดลองทันที (วินา วิทย์เกษกร, 2549; Chien & Lee, 2008; Ostwald et al., 1999) ระหว่างหลังการทดลอง 2 เดือนและหลังการทดลอง 4 เดือน (Onor et al., 2007) ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 เดือน (Onor et al., 2007) หลังการติดตามผล 5 เดือน (Ostwald et al., 1999) และ 6 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 (Chien & Lee, 2008)

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) มีงานวิจัย 3 เรื่องที่ประเมินผลลัพธ์นี้ (Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) พบว่า

- งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Martin – Cook et al., 2003) เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Ostwald et al., 1999) พบว่าเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Onor et al., 2007) เปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง 2 เดือน ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง 4 เดือนพบว่า

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 2 เดือน และหลังการทดลอง 4 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองเวลา

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที (Martin – Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999) หลังการทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือน (Onor et al., 2007) สรุปได้ว่าไม่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้

2.3 ความเครียด (Stress) มีงานวิจัย 2 เรื่องที่ประเมินผลลัพธ์นี้และ พบว่า มีงานวิจัย 1 เรื่อง (เขาวภา ขงศิริมิตรภาพ, 2546) ผู้วิจัยทดลองในกลุ่มเดียว วิเคราะห์ผลเป็นค่าเฉลี่ย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 10.45 และ 6.54 และความเครียดทั่วไปลดลงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 6.45 และ 4.36 ตามลำดับ เปรียบเทียบคะแนนความเครียดหลังการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 6 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดทั่วไปหลังติดตามผล 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลองทันทีเท่ากับ 6.54 และ 8.27 ตามลำดับ

- งานวิจัย 1 เรื่อง (พิรพนธ์ ลือบุญวัชรชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549) ผู้วิจัยทดลองในกลุ่มเดียวพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความเครียดจากการเป็นผู้ดูแล และความเครียดทั่วไปหลังการทดลองทันที (เขาวภา ขงศิริมิตรภาพ, 2546)

2.4 ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล (distress) มีงานวิจัย 2 เรื่องที่ประเมินผลลัพธ์นี้ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลพบว่า

- งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Hepburn et al., 2005) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่าคะแนนความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล หลังการทดลองทันที ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่าคะแนน

ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความกีดกันทางจิตใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.035$ และหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่าคะแนนความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- งานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Hepburn et al., 2007) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกกดดันทางจิตใจหลังการทดลองทันทีที่ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.022$ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกกดดันทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.03$

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลหลังการทดลองทันที เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .05$ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

2.5 ความรู้สึกถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล (Role captivity)
จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 2 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลงานวิจัย 1 เรื่อง (Hepburn et al., 2007) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที พบว่าคะแนนความรู้สึถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.031$ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- งานวิจัยอีก 1 เรื่อง (Hepburn et al., 2005) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน คะแนนความรู้สึถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองเวลา และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองเวลา

2.6 ความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ประเมินผลลัพธ์นี้ (Onor et al., 2007) เปรียบเทียบความรู้สึกวิตกกังวลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลัง

การทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือนพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 2 เดือนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.026$ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 2 เดือนและ 4 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 2 เดือนคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 4 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกรู้สึกกดดันทางจิตใจ สามารถลดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลได้หลังการทดลอง 4 เดือน

2.7 คุณภาพชีวิต (Quality of Life) มีงานวิจัย ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ 1 เรื่อง (Chien & Lee, 2008) พบว่าหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 6 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

2.8 ความรู้สึกละเลยความเป็นตัวเองของตัวเองของผู้ดูแล (Loss of self) มีงานวิจัย ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ 1 เรื่อง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกละเลยความเป็นตัวเองของตัวเองของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .042$) (Hepburn et al., 2007)

2.9 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ 1 เรื่อง (Chien & Lee, 2008) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองเวลา

2.10 ปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อ พฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย มีงานวิจัย ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ 1 เรื่อง (Ostwald et al., 1999) ในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง 5 เดือน และ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 5 เดือน คะแนนเฉลี่ยปฏิกริยาของกลุ่มทดลองต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยลดลง ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .02$ และหลังการทดลอง 12 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.11 ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver resentment) มีงานวิจัย ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ 1 เรื่องพบว่าหลังทดลอง 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Martin – Cook et al., 2003)

2.12 การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน (Support Services) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีการใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) (Chien & Lee, 2008)

2.13 ระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาล พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) (Chien & Lee, 2008)

2.14 ความรุนแรงอาการผู้ป่วย (patients' symptom severity) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรุนแรงอาการผู้ป่วย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการผู้ป่วยดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) (Chien & Lee, 2008)

2.15 การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าคะแนนการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ดูแล หลังทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .000$ ทั้งสองเวลา และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าคะแนนการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ดูแล หลังทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองช่วงเวลา (Hepburn et al., 2005)

2.16 ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p = .016$ และหลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Hepburn et al., 2005)

2.2.2 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง พบว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์จำนวน 6 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994 ; Hébert et al.,

2003; Martin – Carrasco et al., 2008) เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) และงานวิจัยระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (Gallagher-Thompson et al., 2003) สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ระยะเวลาของการบำบัด

ระยะเวลาในการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่ามีระยะเวลาแตกต่างกันดังนี้

- ทำกลุ่ม 8 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงโดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา รวม 8 สัปดาห์จำนวน 2 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) โดย 1 เรื่อง มีการสอนกระตุ้นอีก 2 ครั้งใน 1 เดือนต่อมา (Coon, et al., 2003) และมีการสอนกระตุ้นอีก 2 ครั้งใน 1-2 เดือนต่อมา (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)
- ทำกลุ่ม 8 ครั้งๆ ละ 90 นาทีโดยทำกลุ่มห่างกันทุก 1-2 สัปดาห์ ระยะเวลา รวม 16 สัปดาห์ (Martin – Carrasco et al., 2008)
- ทำกลุ่ม 10 ครั้ง ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 10 สัปดาห์ (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003) โดยทำครั้งละ 90 นาที (Ducharme et al., 2005) และ ทำครั้งละ 2 ชั่วโมง (Gallagher-Thompson et al., 2003)
- ทำกลุ่ม 15 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งระยะเวลา รวม 15 สัปดาห์ (Hebert et al., 2003)

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใน ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ ทำกลุ่มระหว่าง 8-15 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่ม 1 - 2 สัปดาห์ต่อครั้งระยะเวลา รวม 8 - 16 สัปดาห์ (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) ส่วนใหญ่ทำกลุ่ม 8 ครั้ง จำนวน 3 เรื่อง (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Martin – Carrasco et al., 2008) ส่วน ใหญ่ทำกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 3 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003) ส่วนใหญ่ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 4 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003) และส่วนใหญ่ระยะเวลา รวม 8 สัปดาห์ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ลักษณะกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง พบว่าประกอบด้วย วิธีดำเนินการของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

วิธีดำเนินการกลุ่ม

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าประกอบด้วยลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสถานที่ดังนี้

- ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า เป็นแบบกลุ่มปิดประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่มจำนวน 6 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008)

- กระบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าจัดเป็นรูปแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มทั้ง 6 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994 ; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008)

- อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรม จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง พบว่างานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ไม่ได้กล่าวถึงอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรม (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) มีเอกสารแจกให้อ่านในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ และปฏิกิริยาของผู้ดูแล และเอกสารอื่นๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วย (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

- สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง พบว่างานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Gallagher-Thompson et al., 2003) ดำเนินกิจกรรมที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ดำเนินกิจกรรมที่สมาคมอัลไซเมอร์ และองค์กรเอกชนที่ดูแลผู้ป่วย (Coon et al., 2003; Hébert et al., 2003) และดำเนินกิจกรรมที่คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช (Martin – Carrasco et al., 2008)

เนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ มีวิธีการจัดกิจกรรมแตกต่างกันสามารถสรุปเป็น 3 โปรแกรมหลักคือโปรแกรมการจัดการความเครียด (Ducharme et al., 2005; Gallagher Thompson et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Hebert et al., 2003) โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) และโปรแกรมการจัดการกับความเศร้า (Coon, et al., 2003) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 4 โปรแกรมดังนี้

1.1 โปรแกรม Coping With Caregiving Class (Gallagher Thompson et. al., 2003)

โปรแกรม Coping With Caregiving Class (CWC) เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ดัดแปลงมาจากงานของ Beck และ Lewinsohn ที่เน้นเรื่องบทบาทของสมองพฤติกรรมในการพัฒนา และการจัดการกับสภาวะอารมณ์ด้านลบ เน้น 2 ด้านคือ 1) ลดผลกระทบเชิงลบ (negative affect) โดยการผ่อนคลายในภาวะตึงเครียดและเพิ่มพฤติกรรมด้านดีของผู้สูงอายุอย่างสมเหตุสมผลและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และ2) เพิ่มอารมณ์ในด้านบวก ทักษะในการมองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างอารมณ์ และการกระทำ การพัฒนาการเพิ่มกลยุทธ์ในการเพิ่มการกระทำที่เป็นสุขประจำวัน เรียนรู้ในการเปลี่ยนเป้าหมายตนเอง และการให้กำลังใจเพื่อความสำเร็จ (Gallagher-Thompson et al., 2003)

1.2 โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษารูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจและการจัดการความเครียด (Ducharme et al., 2005)

โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษารูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจ empowerment perspective และการจัดการความเครียด กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้ชื่อว่า Taking Care of Myself intervention programme วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการอภิปราย การเขียนแบบฝึกหัด การแสดงละคร บทบาทสมมติ โปรแกรมนี้ทำนาน 10 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาทีมีเนื้อหาหลักในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยมีเป้าหมายของโปรแกรมคือ 1) การประเมินความเครียด 2) การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลให้เกิดตระหนักรู้ของตนถึงความเข้มแข็งและความสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองความเครียด ฝึกควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ และเน้นทักษะการเผชิญความเครียด 3 ทักษะคือ ทักษะการจัดการปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ และการจัดการกับอาการความเครียด

เนื้อหาที่สอนมีดังนี้ 1) วิธีลดความรู้สึกกังวลกับผู้ป่วย 2) วิธีพูดแสดงความรู้สึกให้กับบุคลากรรู้ 3) วิธีหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่รู้สึกไม่ดี 4) วิธีเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียของ

ผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทุกวัน และ 5) วิธีจัดการกับระบบชีวิตตัวเองเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในสถานดูแล การจัดการกับชีวิต และการดูแลตนเอง (Ducharme et al., 2005)

1.3 โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาการประเมินและการจัดการ ความเครียด (stress appraisal and coping) (Hebert et al., 2003)

โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาการประเมิน และการจัดการความเครียด เพื่อปรับความสามารถในการจัดการกับแหล่งความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พัฒนามตาม แนวคิดของลาซาลัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โปรแกรมใช้รูปแบบของการฝึก ทักษะ ประกอบด้วยการทำกลุ่มทั้งหมด 15 ครั้ง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ทำกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง เป็นเรื่องการประเมินทางปัญญา (cognitive appraisal) โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยน ตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ลดสถานการณ์และช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความกระจ่างในปัญหาและเพิ่ม ความตระหนักรู้ 2) พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการรู้ว่าแหล่งความเครียดสิ่งไหนสามารถ ปรับเปลี่ยนได้และสิ่งไหนไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และ 3) พัฒนาความสามารถในการตระหนักรู้ ของผู้ดูแลในเรื่องการปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดและการเลือกใช้กลยุทธ์ที่ เหมาะสมในการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 2 ทำกลุ่ม จำนวน 11 ครั้ง เป็นเรื่องกลยุทธ์การจัดการความเครียด โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาการจัดการความเครียดทั้ง 3 กลยุทธ์คือ กลยุทธ์การจัดการ กับปัญหา กลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่ กลยุทธ์ในการมองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ การปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดและการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมดังนี้

หัวข้อกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา (problem-solving) จัดกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้ขั้นตอนในการแยกแหล่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และเลือกวิธีที่เหมาะสม

หัวข้อกลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่ (Reframing) มีการจัด จำนวน 3 ครั้ง กลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่เน้นการจัดการที่อารมณ์ เพื่อค้นหาทางเลือกมุมมองในการคิด เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ทำให้สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นทางอารมณ์ได้ เนื้อหาประกอบด้วยการจัดการทางปัญญาผู้ดูแลจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับ 1) รู้ถึงสิ่งที่เข้าใจและประเมิน ผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและปรับเปลี่ยนมุมมองว่าเป็นผลที่เกิดจากโรค สมองเสื่อม 2) แยกแยะความผิดปกติทางความคิดของผู้ป่วยและแทนด้วยความคิดที่เป็นส่วนๆ สร้าง ความคิดให้รู้พึงพอใจในบทบาทผู้ดูแลและ 3) เน้นการให้ข้อมูลที่เป็จริงกับผู้ดูแล

หัวข้อกลยุทธ์ในการมองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Seeking social support) จัดจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งเน้นเรื่องปัญหาและอารมณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อความผาสุก แต่พบว่าผู้ดูแลไม่เต็มใจที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขึ้นแรกจะให้ผู้ดูแลได้อธิบายความรู้สึกไม่เต็มใจที่จะหาแหล่งสนับสนุนและแยกแยะชนิดของความต้องการ แหล่งสนับสนุนและบอกถึงบุคคล เครือข่าย และแหล่งสนับสนุนในชุมชน ผู้ดูแลจะได้อภิปรายความไม่เห็นด้วย ข้อขัดแย้งในการหาแหล่งสนับสนุน ต่อจากนั้นผู้ดูแลจะได้บอกถึงการจะเข้าหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนอย่างไร และจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างไร (Hebert et al., 2003)

1.4 โปรแกรมการจัดการความเครียด Psychoeducational Intervention

Program (PIP) โปรแกรมใช้รูปแบบกิจกรรมของ Palo Alto model จะให้ความรู้โดยกิจกรรมฝึกทักษะ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลควบคุมความตึงเครียด และความเครียดจากการดูแล เพื่อสอนผู้ดูแลให้ใช้กลยุทธ์จัดการกับปัญหาพฤติกรรม เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วยครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ครั้งที่ 2 การสอนให้ผู้ดูแลควบคุมความตึงเครียดและความเครียดเนื่องจากการดูแล ครั้งที่ 3 กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ครั้งที่ 4 เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ครั้งที่ 5 การแนะแนวเน้น cognitive-behavioral เช่น การควบคุมตัวกระตุ้น ครั้งที่ 6 เทคนิคกลยุทธ์การจัดโครงสร้างใหม่ ครั้งที่ 7 เทคนิค การจัดการปัญหา และครั้งที่ 8 เทคนิคการให้รางวัล (Martin – Carrasco et al., 2008)

2. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มจัดการกับความเศร้า (Depression Management Class)

(Coon, et al., 2003)

มีเนื้อหาโปรแกรมอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และโครงสร้างพื้นฐานการจัดการทางปัญญา เป้าหมายเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยการทำกลุ่ม 8 ครั้งซึ่งพอจะแยกได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 เน้นการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เชิงลบและความถี่บ่อยของการกระทำที่เป็นความสุขในแต่ละวัน ครั้งที่ 2 เน้นการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และเหตุการณ์ที่เป็นความสุข ครั้งที่ 3 พัฒนาเทคนิคการสังเกตด้วยตนเองในการประเมินอารมณ์ และเหตุการณ์ที่เป็นความสุข ครั้งที่ 4 พัฒนาการกระทำที่เป็นความสุขในแต่ละวันของแต่ละคนที่จะสามารถเพิ่มได้ ครั้งที่ 5 การสอนทักษะการจัดการกับปัญหาซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดทางปัญญาที่ใช้พิชิตอุปสรรคที่จะป้องกันผู้ดูแลจากการกระทำทางอารมณ์ ครั้งที่ 6 เพิ่มความตระหนักรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ครั้งที่ 7 การควบคุมกิจกรรมที่เข้าร่วมและการวางแผนเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความสุขอย่างสม่ำเสมอ ครั้งที่ 8 เน้นการดำรงไว้ซึ่งการกระทำเชิงบวกในระดับสูงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยทำกลุ่ม 8 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง และกระตุ้น 2 ครั้งใน 1 เดือน รวม 10 สัปดาห์ (Coon et al., 2003)

3. โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ ประกอบด้วย 2 โปรแกรมดังนี้

3.1 โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ (Anger Management Class)

(Coon et al., 2003)

มีเนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากลุ่มการจัดการกับความโกรธ (Anger Management Class) ใช้กับการจัดการกับความโกรธระยะเริ่มต้น โปรแกรมการจัดการกับความโกรธมีส่วนประกอบหลายส่วน โดยการทำกลุ่ม 8 ครั้ง ซึ่งพอจะแยกได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 กล่าวถึงรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญาและการรักษาที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 อภิปรายถึงสาเหตุของความคับข้องใจและสอนทักษะการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 3 การติดตามความต่อเนื่องการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 4 การสอนทักษะทางปัญญาการใช้ทักษะการพูดคุยทางบวกกับตนเอง การสังเกตความคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งมักจะเป็นที่มาของความคับข้องใจ ครั้งที่ 5 การสอนทักษะการปรับเปลี่ยนเป็นการกล้าแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขวิธีการสื่อสารที่ก้าวร้าวและยอมตามซึ่งมักจะแสดงออกเวลาที่มีความคับข้องใจ ครั้งที่ 6 เล่นละครบทบาทสมมติกับครอบครัวเพื่อฝึกการใช้ทักษะเหล่านี้ ครั้งที่ 7 สอนให้นักถึงความคับข้องใจที่อาจจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ในอนาคต และครั้งที่ 8 ทบทวนการฝึกซ้อมการใช้ทักษะการจัดการกับความโกรธที่ดีกว่าในการจัดการกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Coon, et al., 2003)

3.2 โปรแกรมจัดการความคับข้องใจ (Coping With Frustration)

(Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาการจัดการกับความโกรธ (Anger management) ที่เรียกว่าโปรแกรมจัดการความคับข้องใจ (Coping With Frustration) โดยใช้รูปแบบการฝึกทักษะโดยกิจกรรมในกลุ่มประกอบด้วย ทักษะการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญานอกจากนี้ยังมีเอกสารแจกให้อ่านในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ และปฏิกริยาของผู้ดูแล และเอกสารอื่นๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วย แจกให้ตามความต้องการ โดยมีเป้าหมายของกลุ่มคือ เพื่อสอนทักษะการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา เพื่อใช้ในการเผชิญกับความรู้สึกและความโกรธ ความคับข้องใจ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจและการสร้างจินตนาการ เทคนิคในการระบุนความคิดที่ดีหรือไม่ดีที่ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ รวมทั้งการบันทึกความคิดที่ไม่ดีและเทคนิคการสร้างคำพูดทางบวกต่อตนเอง และทักษะการสื่อสารแบบกล้าแสดงออกได้แก่ การแยกแยะระหว่างการกล้าแสดงออก ความก้าวร้าวและการไม่กล้าแสดงออก

รูปแบบของกลุ่ม การดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งจะมีรูปแบบ และโครงสร้างเหมือนกัน คือชั่วโมงแรกประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งก่อน โดยให้สมาชิกรายงานการบ้าน และอภิปรายเรื่องความสำเร็จและอุปสรรคของการนำทักษะใหม่ๆ ไปใช้ 2) นำเสนอ

ทักษะใหม่ เน้นหลักการและเหตุผลของทักษะ และประโยชน์ต่อการเผชิญความคับข้องใจ และ 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายแนวทางการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์ของสมาชิก หลังจากนั้นจะพักให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนสิ่งใหม่ๆที่ได้รับ และได้พูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ หลังพักเข้าสู่ชั่วโมงที่สอง จะมีการนำเสนอในเนื้อหาที่ลงลึกถึงเทคนิคและทักษะที่จะเรียนในครั้งนี้ เป็นประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งสมาชิกจะได้ฝึกทักษะ โดยแสดงบทบาทสมมุติระดมสมอง การบ้านจะต่อเนื่องจากการฝึกนี้ และออกแบบมาเพื่อให้สมาชิกได้นำทักษะใหม่ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในสัปดาห์ถัดไป กลุ่มจะจบด้วยฝึกผ่อนคลาย ประมาณ 5 นาที ให้นำไปใช้เมื่อเกิดความเครียดในระหว่างสัปดาห์

การทำกลุ่ม 8 ครั้งประกอบด้วย ครั้งที่ 1-2 เป็นการกำหนดกติกาของกลุ่ม รวมทั้งการเก็บความลับ การมีส่วนร่วมอภิปราย และการมาร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ นำเสนอหลักการและเหตุผล และบอกเป้าหมายว่ากลุ่มจะได้พัฒนาทักษะในการเผชิญอารมณ์อย่างสร้างสรรค์ ทักษะการผ่อนคลายเป็นทักษะแรกที่ต้องสอนให้มีการใช้เทคนิคการหายใจลึกๆ และสร้างจิตภาพโดยให้คิดถึงสถานที่ที่ปลอดภัยและสบายใจเพื่อให้สมาชิกนำเทคนิคนี้ไปใช้ในเวลาที่เครียดจากการดูแล โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) นำเสนอรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา และการรักษาที่เกี่ยวข้อง 2) การอภิปรายหาแหล่งของความรู้สึกโกรธ และความคับข้องใจที่เกิดจากการดูแล และปฏิบัติได้ตอบ 3) สอนทักษะการผ่อนคลายที่ใช้ในการจัดการความโกรธ ครั้งที่ 3- 5 เน้นการสอนเทคนิคทางปัญญาที่ใช้จัดการกับความคิดเชิงลบ อารมณ์โกรธ โดยการบันทึกความคิดที่ไม่ดี สมาชิกจะได้รับรู้ถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ สมาชิกจะได้พิจารณาว่าทำไมพฤติกรรมนี้จึงทำให้เกิดความโกรธได้ สมาชิกจะได้เรียนรู้วิธีการประเมินสถานการณ์นั้นใหม่ และนำทางเลือกในการมองสถานการณ์นี้ใหม่ในทางที่สร้างสรรค์ นอกจากนี้ยังสอนให้สร้างคำพูดทางบวกต่อตนเอง เพื่อกระตุ้นตนเองให้มีความทนทานต่อความคับข้องใจ และให้ระบุสถานการณ์ที่แรงเครียดซึ่งเกิดขึ้นบ่อยๆ เช่น โกรธทุกครั้งที่มีไข้ไม่ยอมให้อาบน้ำ และสอนให้ใช้คำพูดเชิงบวกว่า “ตนเองต้องจัดการได้” โดยมีหัวข้อดังนี้ (1) สอนการใช้เทคนิคทางปัญญา เช่นการพูดกับตนเอง แยกแยะและเปลี่ยนความคิดเชิงลบ การเตรียมกลยุทธ์จัดการกับตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดในแต่ละวัน (2) ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนได้พัฒนาประโยคในการกับความคับข้องใจของตน (3) สอนทักษะการผ่อนคลาย (4) เพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดที่ผิดปกติ บันทึกสถานการณ์ที่ทำให้โกรธ ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 5 - 8 เน้นการฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งจะได้แยกแยะพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมกับความก้าวร้าว การยอมตาม สอนเทคนิคเฉพาะ เช่น แผ่นเสียงดกร่อง ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลจัดการพฤติกรรมตนเอง หรือขอความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ หรือจากทีมสุขภาพ ให้เล่นละครบทบาทสมมติเพื่อฝึกแสดงพฤติกรรม

การแสดงออก ที่เหมาะสมในเทคนิค แผ่นเสียงเครื่อง คือให้ทำอารมณ์ให้เย็นลง และพฤติกรรม
การแสดงออกที่เหมาะสมซ้ำๆ โดยไม่รู้สึกลึกซึ้ง หรือลึกลับไปก่อนที่จะได้ตามที่ตกลงกันได้
สถานการณ์ที่จะใช้เทคนิคนี้ได้แก่ เวลาที่สมาชิกในครอบครัวสัญญาว่าจะมีช่วยดูแลผู้ป่วยบางเวลา
แต่เมื่อถึงเวลาจะยกเลิกไม่มาตามสัญญา สมาชิกจะต้องยืนยันว่า “ฉันรอคอยเวลานี้มานานแล้ว
เนื่องจากมีแผนจะไปทำธุระ และจะไม่ยอมเปลี่ยนแผนตอนนี้” ยืนยันจนกว่าสมาชิกในครอบครัวจะ
ตระหนักว่าเขาต้องรักษาสัญญาและไม่ละทิ้งสัญญาง่ายๆ ทบทวนทักษะที่ได้เรียนไปแล้วเพื่อให้
สมาชิกแต่ละคนได้ มีความพร้อมเต็มที่ในแนวทางการนำทักษะที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ใน
สถานการณ์ และนอกจากนี้มีการอภิปรายวิธีนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ที่อาจจะไม่ได้
กล่าวถึงในระหว่างการเรียน โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) สอนความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการ
แสดงออกที่เหมาะสมกับความก้าวร้าว หรือการยอมตามแนะนำพฤติกรรมการแสดงออกที่
เหมาะสม 2) สอนทักษะพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม 3) นำทักษะไปฝึกใช้ในสถานการณ์
การดูแล และกับสมาชิกในครอบครัว 4) ฝึกทักษะการผ่อนคลาย และติดตามความคิดที่ผิดปกติ
5) ทบทวนและสิ้นสุดกลุ่ม (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

จากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่ารูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมอง
เสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์มี 4 โปรแกรมหลักคือ โปรแกรมการจัดการความเครียด (Ducharme
et al., 2005; Gallagher Thompson et al., 2003; Hebert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008)
โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)
และโปรแกรมการจัดการกับความเศร้า (Coon, et al., 2003) ซึ่งสามารถเลือกใช้บำบัดในผู้ดูแล
ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ตามความเหมาะสมตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค
สมองเสื่อม

ขนาดของกลุ่ม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 6 เรื่อง พบว่ามีการกำหนดขนาดของกลุ่มแตกต่างกัน
ดังนี้ กลุ่มละ 7-9 คน (Gallagher-Thompson et al., 2003) กลุ่มละ 6-8 คน (Ducharme et al., 2005)
กลุ่มละ 8-10 คน (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) กลุ่มละ 12-16 คน
(Hebert et al., 2003) และกลุ่มละ 14 คน (Martin – Carrasco et al., 2008)

โดยสรุปพบว่าขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้น
การจัดการอารมณ์ อยู่ระหว่าง 3-14 คน และส่วนใหญ่ขนาดของกลุ่ม 7-10 คน (Coon, et al., 2003;
Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

ผู้ดำเนินการกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ ทั้ง 6 เรื่องพบว่าผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นบุคคลต่อไปนี้

- พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 เรื่อง (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Hébert et al., 2003) และ มีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง (Martin – Carrasco et al., 2008)

- จิตแพทย์จำนวน 5 เรื่อง (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) แพทย์ฝึกหัด (Coon, et al., 2003) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Hébert et al., 2003) และมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง (Martin – Carrasco et al., 2008)

- นักจิตวิทยาคลินิกจำนวน 4 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) นักจิตวิทยา ก่อนและหลังปริญญาเอก (Gallagher-Thompson et al., 2003) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Hébert et al., 2003) และมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มจำนวน 2 เรื่อง (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง (Martin – Carrasco et al., 2008)

- นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 4 เรื่อง (Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) นักศึกษาปริญญาโทสังคมสงเคราะห์ (Gallagher-Thompson et al., 2003) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Hébert et al., 2003) มีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง (Martin – Carrasco et al., 2008)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ทั้ง 6 เรื่อง พบว่าผู้ดำเนินการกลุ่มประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008)

ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องพบว่าสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมีเกณฑ์คัดเลือดังนี้

- ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV-TR (Martin – Carrasco et al., 2008) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดรักษาไม่ได้ (Ducharme et al., 2005) หรือมีคะแนน MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 มาอย่างน้อย 6 เดือน (Gallagher-Thompson et al., 2003) มีความพร้อมในกิจกรรมการดูแลตนเอง 2 อย่างตามการประเมินด้วย Lawton and Brody Scale และแบบวัด Katz Index บกพร้อมในกิจกรรมชีวิตประจำวัน 1 อย่าง และได้รับการรักษาด้วย Rivastigmine ขนาด 6 mg ต่อวันขึ้นไปเป็นระยะเวลา 6 เดือนเป็นอย่างน้อย (Martin–Carrasco et al., 2008) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง (Hébert et al., 2003) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่รับการรักษาในสถานให้การดูแลระยะยาวที่รักษาอยู่อย่างน้อย 6 เดือน (Ducharme et al., 2005)

- เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างน้อย 4 ชั่วโมง หรือมากกว่า และต้องให้การดูแลอย่างน้อย 2 เรื่อง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental activities of daily living (IADL) หรือ 1 เรื่อง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activities of Daily Living) (Gallagher-Thompson et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008)

- เพศมีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) ที่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และม้งงานวิจัย จำนวน 3 เรื่อง (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) ที่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย

- อายุพบว่าผู้ดูแลมีอายุอย่างน้อย 21 ปี (Gallagher-Thompson et al., 2003) อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (Ducharme, et al., 2005) ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 55 ปี (Martin – Carrasco et al., 2008) ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 60 ปี (Coon, et al., 2003; Hébert et al., 2003) ม้งงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ไม่ได้ระบุอายุของผู้ดูแล (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

- ระดับการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทั้ง 6 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994 Martin – Carrasco et al., 2008)

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005 ; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) เป็นบุตรสาว (Ducharme et al., 2005 ; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) และเป็นบุตรหรือเป็นบุตรสะใภ้ (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

- คุณสมบัติอื่นๆ จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติอื่นๆ ดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีคะแนนความรู้สึกละเลยเป็นภาระระดับปานกลางถึงรุนแรง ประเมินโดยใช้แบบวัด Zarit Scale มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน (Hébert et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008) ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Martin–Carrasco et al., 2008) ผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วย (Gallagher-Thompson et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008) แต่มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่องที่ไม่คำนึงว่าผู้ดูแลจะอาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือไม่ (Gallagher-Thompson et al., 2003) และหากผู้ดูแลได้รับยาทางจิตเวชต้องได้รับยาแบบสม่ำเสมอคงที่อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป (Coon et al., 2003) เป็นผู้ดูแลที่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ (Gallagher-Thompson et al., 2003) เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รวมกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติอื่นๆ หรือกลุ่มจิตบำบัดอื่นๆ ณะร่วมทดลอง (Hébert et al., 2003) เป็นผู้ดูแลที่มีเชื้อชาติลาตินอเมริกัน และแองโกลอเมริกัน (Gallagher-Thompson et al., 2003)

ผู้ดูแลที่ไม่ควรเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในกรณีต่างๆ ดังนี้

ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมน้อยกว่า 6 เดือน (Hébert et al., 2003) ผู้ดูแลที่กำลังได้รับการบริการทางด้านจิตสังคม เพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระหรือเคยได้รับมาก่อนในระยะ 1 ปี (Hébert et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเช่น มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ติดสุราเรื้อรัง โรคอารมณ์แปรปรวน มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือเป็นผู้กระทำทารุณกรรม (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

การช่วยให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ ทั้ง 6 เรื่อง พบว่างานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) ไม่ได้กล่าวในเรื่องนี้

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ ทั้ง 6 เรื่อง จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีความพร้อมในกิจกรรมการดูแลตนเอง 2 อย่างตามการประเมินด้วย Lawton and Brody Scale และแบบวัด Katz Index และให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส หรือเป็นบุตร (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) และมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางถึงรุนแรง (Hébert et al., 2003)

ผลลัพธ์ของการบำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ ทั้ง 6 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์การบำบัดที่ประเมินมีดังนี้

1. กลยุทธ์การจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล (Coping Strategies) มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์นี้จำนวน 3 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลพบว่าหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีการใช้กลยุทธ์ทางบวกในการจัดการปัญหาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.44, p = .00$) (Gallagher-Thompson et al., 2003) และงานวิจัย 1 เรื่อง (Coon, et al., 2003) หลังการทดลองทันทีพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการใช้กลยุทธ์ทางบวกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอีก 1 เรื่อง (Ducharme et al., 2005) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการใช้กลยุทธ์ทางบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ สามารถเพิ่มการใช้กลยุทธ์การจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลหลังการทดลองทันที (Ducharme et al., 2005) และหลังการทดลอง 3 เดือน (Gallagher-Thompson et al., 2003)

2. อาการซึมเศร้าของผู้ดูแล (depressive symptoms) มีงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ จำนวน 2 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003) พบว่า

- งานวิจัย 1 เรื่อง (Gallagher-Thompson et al., 2003) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มสนับสนุนญาติ พบว่าหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.00$ ขณะที่กลุ่ม

ควบคุม พบว่าหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- งานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ (Coon, et al., 2003) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .02$

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง สรุปได้ว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล หลังการทดลองทันที (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003)

3. ความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver Burden) จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Hebert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกเป็นภาระพบว่า

- งานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์นี้ (Martin – Carrasco et al., 2008) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 4 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งสองเวลาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเปลี่ยนแปลงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4 เดือนพบว่าความรู้สึกเป็นภาระพบในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระ ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.0083$

- อีก 1 เรื่อง (Hebert et al., 2003) ที่ศึกษาผลลัพธ์เรื่องความรู้สึกเป็นภาระเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที พบว่าหลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสามารถในการดูแล (competence) จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 2 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถในการดูแล พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลทั้งด้านการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย และด้านการจัดการความคิดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ $p = .03$ ตามลำดับ (Coon, et al., 2003)

งานวิจัยอีก 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถในการติดต่อสื่อสารพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Ducharme et al., 2005)

5. ความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล (hostility) มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล งานวิจัย 1 เรื่อง (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง 4 เดือน กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่เป็นมิตรลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอีก 1 เรื่อง (Coon, et al., 2003) เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.01$

6. ความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) มีงานวิจัยมี 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกวิตกกังวล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญ (Hebert et al., 2003)

7. ความรู้สึกโกรธ (Anger) จากการวิเคราะห์มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Coon, et al., 2003) ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกโกรธ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีความรู้สึกโกรธลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.02$

8. สุขภาพจิตของผู้ดูแล (caregiver mental health status) จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยรวมและด้านการทำกิจกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และเมื่อติดตามผล 6 เดือนกลุ่มทดลองมีสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) (Martin – Carrasco et al., 2008)

9. ความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Hebert et al., 2003)

10. ความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย พบว่าหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) (Hebert et al., 2003)

11. แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (Social Support) จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล พบว่าหลังการทดลอง 3 เดือนกลุ่มทดลอง มีปฏิกิริยาในทางลบต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ (Gallagher-Thompson et al., 2003)

12. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Quality of Life) จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในทุกด้านดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 05 ($p < 0.05$) (Martin – Carrasco et al., 2008)

13. ความรู้สึกกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้สึกกดดันทางจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกดดันทางจิตใจลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Ducharme et al., 2005)

14. การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป จากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการรับรู้บทบาทที่มากเกินไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทที่มากเกินไป ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Ducharme et al., 2005)

15. ความเครียดจากการวิเคราะห์งานวิจัยมี 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความเครียด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Ducharme et al., 2005)

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง พบว่า เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้แสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงผลการสรุปเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

ข้อผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์
1. ความรู้สึกเป็นภาระ (Burden)	- ประเมินโดยแบบวัดภาระการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (วินา วิทย์เกษกร, 2549) - แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระฉบับภาษาจีน (the Chinese version of the Family Caregiving Burden Inventory) (Chien & Lee, 2008) - แบบวัดภาระการดูแลของซาริท (Zarit, Orr, & Zarit, 1987) ชนิด 22-item Revised Caregiver Burden Scale จำนวน 3 เรื่อง (Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Ostwald . et al., 1999) - แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ The Caregiver Burden Inventory (CBI) (Onor et al., 2007)
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	- ประเมินโดย 20-item self report for Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) จำนวน 3 เรื่อง (Gallagher-Thompson et al., 2003; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald .et al.,1999) - แบบวัดภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) (Coon, et al., 2003) - Depression subscale ของ Brief Symptom Inventory (Onor et al., 2007)
3. ความสามารถในการให้การดูแล (Caregiving competence)	- ประเมินโดยแบบวัดความสามารถในการให้การดูแลผู้รับการดูแลของลอว์ตัน และบรอดบี้ (care recipient's physical self - maintenance and instrumental abilities) (Hepburn et al., 2005) - แบบวัดความสามารถแห่งตน Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (Coon, et al., 2003)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ชื่อผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์
3. ความสามารถในการให้การดูแล (Caregiving competence) (ต่อ)	- แบบวัดที่พัฒนาโดย Koren, DeChillo, and Friesen (1992), (Competence dealing with health care staff) มี 12 indicators (Ducharme et al., 2005) - ประเมินโดย six brief scales (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) การรับรู้ของตนเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล (Caregiving competence) (Hepburn et al., 2007)
4. ความกดดันทางจิตใจ (Distress)	- ประเมินจากแบบวัดย่อยโดยผู้วิจัยได้นำมารวมกันพัฒนาเป็นแบบวัดความกดดันทางจิตใจ (Distress) (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007) ประกอบด้วย 1) six brief scales 2) แบบวัดความถี่ของปัญหาพฤติกรรมและความจำ (frequency of memory and behavior problems) 3) แบบวัดความสามารถในการให้การดูแลผู้รับการดูแลของ ลอว์ตัน และบรอดดี (care recipient's physical self-maintenance and instrumental abilities) 4) แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของซาริท (22-item Zarit burden scale) 5) แบบวัดซึมเศร้าชนิด 20 ข้อของแรดลอฟ (20-item depressive symptoms scale) 6) แบบประเมินผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล (10-item Bradburn affect scale)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ชื่อผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์
5. ความเครียด (Stress)	- ประเมินโดยแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล คัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล Caregiver Self – Assessment Questionnaire ของ American Medical Association (เขาวงกต ยงดี มีตรภาพ, 2546) - แบบวัดความเครียดในผู้ดูแล 25 ข้อ (พีรพนธ์ ลือบุญวัชรชัย และ นันทิกา ทวิชาชาติ, 2549) - แบบวัด Stress Appraisal Measure (SAM;) (Ducharme et al., 2005)
6. ความถี่ของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย (Behavioral disturbance)	- ประเมินโดยแบบวัด Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Chien & Lee, 2008) - แบบวัด the Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) จำนวน 2 เรื่อง (Hébert et al., 2003; Ostwald et al., 1999)
7. การเผชิญความเครียด (Coping Strategies)	- ประเมินโดยแบบวัด Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003) - แบบวัด Carers' Assessment of Managing Index (Ducharme et al., 2005)
8. ความรู้ของผู้ดูแล (Caregiver Knowledge)	- ประเมินโดยแบบวัดความรู้ของผู้ดูแล The Caregiver Knowledge Survey (Carmen & Marina, 2002) - แบบวัด six brief scales (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล (Caregiving mastery) (Hepburn et al., 2007)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ชื่อผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์
9. ความรู้สีกังวล กังวล (Anxiety)	- ประเมินโดยแบบวัดความรู้สีกังวล Anxiety Subscale ของ Brief Symptom Inventory (Onor et al., 2007) - แบบวัดความรู้สีกังวล State-Trait Anxiety Inventory (Hébert et al., 2003)
10. คุณภาพชีวิต	- ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (the World Health Organization Quality of Life Scale) (Chien & Lee, 2008)
10. คุณภาพชีวิต (ต่อ)	- แบบวัด SF-36 Health Survey Questionnaire (Martin – Carrasco et al., 2008)
11. ความรู้สีกักขัง อยู่กับบทบาทการดูแล ของผู้ดูแล (Role captivity)	- ประเมินโดย six brief scales (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity) (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)
12. การสนับสนุนทาง สังคม (Social Support)	- ประเมินโดยแบบวัด Inventory of Socially Supportive Behaviors (Gallagher-Thompson et al., 2003) - Family Support Services Index (Chien & Lee, 2008)
13. ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติตน (KAP)	- ประเมินโดยแบบวัดความรู้ ทักษะและทักษะในผู้ดูแล(KAP) จำนวน 30 ข้อ (พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัยและนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ชื่อผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์
14. ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล	- ประเมินโดยแบบวัด ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล 28 ข้อ 28- item Beliefs About Caregiving Scale (BACS). (Hepburn et al., 2005)
15. ความไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล (hostility)	- ประเมินโดยแบบวัด Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL) จำนวน 2 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003)
16. ความรู้สึกโกรธ (anger)	- ประเมินโดยแบบวัด The State-Trait Anger Expression Inventory (Coon, et al., 2003)
17. ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver resentment)	- ประเมินโดยแบบวัดความไม่พอใจของผู้ดูแล The Caregiver Resentment Scale (Martin – Cook et al., 2003)
18. การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน (Support Services)	- ประเมินโดยแบบวัด the Family Support Services Index (Chien & Lee, 2008)
19. สุขภาพจิตของผู้ดูแล (caregiver mental health status)	- ประเมินโดยแบบวัด General Health Questionnaire (GHQ-28) (Martin – Carrasco et al., 2008)
20. การรับรู้บทบาทมากเกินไป (Role overload)	- ประเมินโดยแบบวัด six brief scales (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity) (Ducharme et al., 2005)

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

ชื่อผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์
21. การรับรู้ของตน เกี่ยวกับการขาด ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation)	ประเมินโดยแบบวัด six brief scales (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation) (Hepburn et al., 2005)

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับข้อบกพร่องในการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในประเด็นประสิทธิผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สำหรับการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายเป็นไว้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. ประสิทธิภาพของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

ผลการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A ที่ได้จากเดี่ยวที่เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 11 เรื่อง และงานวิจัยระดับ B ที่ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 13 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1994 ถึงปี ค.ศ. 2008 และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 3 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2549 จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ สำหรับความเพียงพอของงานวิจัย พบว่างานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์จำนวนทั้งหมด 16 เรื่อง ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ถือว่ามีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในทางการพยาบาล

2. ประสิทธิภาพของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจในงานวิจัย 10 เรื่อง พบว่ามีการประเมินผลลัพธ์มากที่สุดคือผลลัพธ์ด้านความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) พบว่ารูปแบบนี้สามารถลดความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระแทนที่ได้ (วีณา วิทย์เกษขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Ostwald et al., 1999)

และลดลงในระยะติดตามผล 5 เดือน (Onor et al., 2007) และ 6 เดือน (Chien & Lee, 2008) นอกจากนี้ยังสามารถลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลได้ (Hepburn et al, 2005; Hepburn et al., 2007) สามารถเพิ่มความรู้ได้หลังการทดลองทันที (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และนันท์ ทวีชาชาติ, 2549; Carmen, Morano, & Marina, 2002; Hepburn et al, 2007) เพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Competence) (Hepburn et al, 2005; Hepburn et al, 2007) นอกจากนี้ยังสามารถลดความเครียดได้ (เยาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546) ลดความรู้สึกลังเลเกี่ยวกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล (Hepburn et al, 2007) ลดความรู้สึกกังวล (Anxiety) ได้ในระยะติดตามผล 4 เดือน (Onor et al., 2007) ลดความรู้สึกละเลยความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล (Hepburn et al, 2007) ลดปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อ พฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย (Ostwald et al, 1999) ลดการใช้บริการจากสถานบริการในชุมชนและลดระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาล (Chien & Lee, 2008) ลดความรุนแรงอาการผู้ป่วย (Chien & Lee, 2008) ลดความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล (Hepburn et al., 2005) และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Chien & Lee, 2008) เพิ่มความรู้ และทักษะของผู้ดูแล (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และนันท์ ทวีชาชาติ, 2549)

จากการวิเคราะห์ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ในงานวิจัย 6 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994 ; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) พบว่าผลลัพธ์ที่มักจะประเมินมากที่สุดคือ การจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล (Coping Strategies) รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และความรู้สึกละเลย พบว่ารูปแบบนี้สามารถ ลดอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003;) จำนวน 2 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al, 2003) .ลดความรู้สึกละเลยของผู้ดูแลได้จำนวน 2 เรื่อง (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Coon, et al., 2003) นอกจากนี้ยังสามารถลดความรู้สึกละเลย (Coon, et al., 2003) ลดความรู้สึกละเลยได้ (Martin – Carrasco et al., 2008) ลดความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย และความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย (Hebert et al., 2003) ลดปฏิกิริยาในทางลบต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Gallagher-Thompson et al., 2003) ลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจ (Ducharme et al., 2005) ลดการรับรู้บทบาทที่มากเกินไป (Ducharme et al., 2005) เพิ่มความสามารถในการดูแล (Coon, et al., 2003) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Martin – Carrasco et al., 2008) และสุขภาพจิตของผู้ดูแลดีขึ้น (Martin – Carrasco et al., 2008)

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง สามารถสรุปการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการ

ดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ และ 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ ซึ่งสามารถสรุปผลลัพธ์ทั้งสองรูปแบบได้ดังนี้

1) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจทั้ง 10 เรื่อง พบว่าประสิทธิผลของการบำบัดมีดังนี้

- **ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแล** หลังการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้โดยทีมสุขภาพแก่ผู้ดูแลในเรื่องลักษณะของโรคสมองเสื่อม อาการแสดง การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีการให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการสื่อสารสำหรับจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วย มีการให้ความรู้เรื่องเทคนิคในการดูแลความสะอาดของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ดีขึ้นการฝึกทักษะมีการใช้บทบาทสมมติในเรื่องต่างๆ เช่น การฝึกการดูแลผู้ป่วย การฝึกการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การฝึกทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความคิดด้านลบ การศึกษาที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้ เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มซึ่งกระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ร่วมกัน และการรวมกลุ่มของผู้มีลักษณะเดียวกันจะช่วยให้ผู้ดูแล มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการดูแล การเจ็บป่วย ปัญหาและผลกระทบจากการดูแล ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจกันมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

(อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทอมป์สันและคณะ (Thompson et al., (2007) เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่าสามารถ เพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการดูแลได้ นอกจากนี้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษายังมีประสิทธิผลเรื่องความคุ้มค่า ลดรายจ่ายได้มากกว่าการดูแลวิธีอื่นๆ (Toseland & Smith, 2006)

- **ด้านความรู้สึกเป็นภาระ** หลังการบำบัด โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระลดลง ทั้งนี้เพราะเมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแล และการจัดการกับปัญหาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลกินส์และคณะ (Wilkins et al., 1999) ที่

ศึกษาการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าสามารถลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ ยังส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองลดลง ปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อการใช้บริการจากสถานบริการในชุมชนลดลง และลดระยะเวลาการให้บริการในโรงพยาบาลลง

2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์

จากการวิเคราะห์ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ ทั้ง 6 เรื่อง พบว่าประสิทธิผลของการบำบัดมีดังนี้

- ด้านการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล หลังการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีการใช้กลยุทธ์ทางบวกในการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้น โดยในงานวิจัยมีการใช้โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาด้านการประเมินและการจัดการความเครียดตามแนวคิดของลาซาลัส และโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งมีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด พัฒนาความสามารถการตระหนักรู้ของผู้ดูแลและการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการความเครียด การใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียด มีการใช้ทั้ง 3 กลยุทธ์คือ กลยุทธ์การจัดการกับปัญหา กลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่ กลยุทธ์ในการมองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดและการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม

- ด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล หลังการบำบัดหลังการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยในงานวิจัยมีการใช้โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษากลุ่มจัดการกับความเศร้ามีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และโครงสร้างพื้นฐานการจัดการทางปัญญา การสอนเน้นให้ผู้ดูแลเห็นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เชิงลบ และเหตุการณ์ พัฒนาเทคนิคการสังเกตการประเมินอารมณ์ และเหตุการณ์ที่เป็นความสุข สอนทักษะการจัดการกับปัญหาซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดทางปัญญาที่ใช้จิตอุปสรรคที่จะป้องกันผู้ดูแลจากการกระทำทางอารมณ์ และ เพิ่มความตระหนักรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (Coon, et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซาบาลีเก้ และคณะ (Zabalegui et

al., 2008) แอดกิน (Adkins, 1999) ที่ว่าหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีความรู้สึกซึมเศร้าลดลง

- **ความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล (hostility)** หลังการบำบัดหลังการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมลดลง โดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธในรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา เน้นการสอนเทคนิคทางปัญญาที่ใช้จัดการกับความคิดเชิงลบ อารมณ์โกรธ ให้สมาชิกระบุถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ พร้อมทั้งหาเหตุผลมาสนับสนุนและคัดค้านความคิดและพฤติกรรมนั้น ให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการประเมินสถานการณ์นั้นใหม่ และนำทางเลือกในการมองสถานการณ์นี้ใหม่ในทางที่สร้างสรรค์ นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

นอกจากนี้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการจัดการอารมณ์ยังส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น ปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยลดลง ความรู้สึกไม่ติดต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง

ดังนั้นสรุปได้ว่า การให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิผลแตกต่างกัน เพราะการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ เป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะโดยตรง ส่วนรูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์เป็นการให้ความรู้ในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นโดยตรง ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ลักษณะเนื้อหา กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ แตกต่างกัน ในรูปแบบแรกมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลที่ต้องการความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ ซึ่งมักเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก (Onor et al., 2007) ที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย รูปแบบที่สองเนื้อหาจะเหมาะกับผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ เป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะอาการรุนแรง และผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ (Hébert et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของทอสส์แลนด์ และสมิท (Toseland & Smith, 2001) ที่ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมขาดความรู้ความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแล ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา การให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยผู้ดูแลในประเด็นดังกล่าวได้

ระยะเวลาของการบำบัด

จากการวิเคราะห์ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจในงานวิจัย 10 เรื่อง (พีรพนธ์ ลีอนุญ รัชชัยและนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขียวภา ยงคิมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen, Morano, & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) พบว่าจำนวนครั้งของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาอยู่ระหว่าง 3 ถึง 16 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง นาน 2 วันถึง 24 สัปดาห์ ความถี่ในการทำกลุ่มตั้งแต่ 2 วันติดต่อกันถึงทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่มส่วนใหญ่ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มส่วนใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลารวม 8 สัปดาห์ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

จากการวิเคราะห์ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการเน้นการจัดการอารมณ์ ในงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994 ; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) พบว่า จำนวนครั้งของการทำกลุ่มระหว่าง 8 ถึง 15 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่ม 1 ถึง 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ระยะเวลารวม 8 ถึง 16 สัปดาห์ (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994 ; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) ส่วนใหญ่ทำกลุ่ม 8 ครั้ง ทำกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003) และส่วนใหญ่ระยะเวลารวม 8 สัปดาห์ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ระยะเวลาของการบำบัดทั้งสองรูปแบบใกล้เคียงกันคือ 6 -8 ครั้ง ทำกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลารวม 8 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษาของแอดกิน (Adkins, 1999) ที่ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำกลุ่ม 8-12 ครั้ง ทำกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลารวม 8 -12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่าระยะเวลายังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆเช่น เรื่องความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อผู้ดูแลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ได้แก่ ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย ทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลจะมีภาวะอ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย มีอาการของ

โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เกิดขึ้น (ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

ขนาดของกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่องจะเห็นได้ว่าขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ อยู่ระหว่าง 3-19 คน ขนาดของกลุ่มส่วนใหญ่มีขนาด 8-10 คน (เขวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; วินา วิทยเจียกขจร, 2549; Carmen, Morano, & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007; Onor et al., 2007)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่องพบว่าขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ ขนาดกลุ่มอยู่ระหว่าง 3-14 คน จะเห็นว่าส่วนใหญ่ขนาดกลุ่ม 7-10 คน (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ขนาดของกลุ่มทั้งสองรูปแบบมีขนาดใกล้เคียงกัน คือ 7-10 คน สอดคล้องกับชาลอมและแอกกิน (Adkins, 1999; Yalom, 1983) ที่ว่าจำนวนสมาชิก 6-10 คน พบว่าขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีขนาดแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกมากที่สุด คือ 19 คน รองลงมา 18 คน และน้อยที่สุดคือ 3 คน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในเรื่องของจำนวนสมาชิก การทำกลุ่มสามารถที่จะกำหนด ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่จะมีสมาชิกของกลุ่มระหว่าง 8 – 10 คน ซึ่งเป็นไปตามหลักของการทำกลุ่ม แต่ในกรณีที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 10 คนขึ้นไปการทำกลุ่มจึงควรมีผู้ช่วยผู้ดำเนินการกลุ่มร่วมในการบำบัดด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัด ในกรณีที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 4 คน ผู้ดำเนินการกลุ่มควรคำนึงถึงความวิตกกังวลในการแสดงออกและการแสดงความคิดเห็นต่างๆ และควรกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงออกร่วมกันในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ 18-19 คน จากงานวิจัยของมาร์ติน-คุก (Martin – Cook et al., 2003) พบว่าหลังการทดลอง ระยะ 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่กลุ่มได้ผลเชิงลบอาจมาจากหลายปัจจัย อาจขึ้นกับลักษณะผู้ดำเนินการกลุ่ม รวมทั้งขนาดของกลุ่ม ในกลุ่มที่มีขนาดเล็ก กลุ่มๆ ละ 3-7 คนเช่นงานวิจัยของเฮปเบิร์น และคณะ (Hepburn et al., 2005) ทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลลัพธ์ของกลุ่ม สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนะนำว่าถ้าจะจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ควรจัดกลุ่มใหญ่เพราะอาจจะไม่เกิดผลในการบำบัด

ผู้ดำเนินการกลุ่ม

จากวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง จะเห็นได้ว่าผู้ดำเนินการกลุ่มส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (วินา วิทยกิจขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al, 2003; Ostwald . et al., 1999) เป็นแพทย์ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003) จิตแพทย์ (พิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; Onor et al., 2007) นักสังคมสงเคราะห์ (เยาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; Carmen, Morano, & Marina, 2002) นักจิตวิทยาคลินิก (Onor et al., 2007)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ทั้ง 6 เรื่องพบว่าผู้ดำเนินการกลุ่มประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008) และมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง (Martin – Carrasco et al., 2008)

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ทั้งสองรูปแบบผู้ดำเนินการกลุ่มไม่แตกต่างกัน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al, 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) และมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม (Martin – Carrasco et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของแอดกิน (Adkins, 1999) ที่ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมผู้ดำเนินการกลุ่ม ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ แต่ในคุณสมบัติบางประการแตกต่างกันคือกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ ต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง เพราะเนื้อหามีความเฉพาะเจาะจง ต้องได้รับการอบรมก่อนจึงสามารถทำได้ ถ้าจะนำไปใช้ต้องพิจารณาและควรจัดอบรมก่อน

ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มในรูปแบบ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (พิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เยาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546;

วีณา วิทย์เกษกร, 2549; Carmen, Morano, & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ประเมิน (เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงอายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 65 ปี (พิรพนธ์ ลีอนุวัธชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; วีณา วิทย์เกษกร, 2549; Carmen, Morano, & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald . et al., 1999) ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546; วีณา วิทย์เกษกร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2007; Onor et al., 2007) เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยประเมินได้จากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวต้องไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 เดือน (Chien & Lee, 2008) และเป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระยะแรกถึงระยะกลาง (Onor et al., 2007)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ ทั้ง 16 เรื่องผู้เข้าร่วมกลุ่มในรูปแบบ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางถึงรุนแรง คะแนน ประเมินโดยใช้แบบวัด Zarit Scale มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน (Hébert et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008) เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอย่างน้อย 4 ชั่วโมงหรือมากกว่า และต้องให้การดูแลอย่างน้อย 2 เรื่อง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental activities of daily living (IADL) หรือ 1 เรื่อง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activities of Daily Living) (Gallagher-Thompson et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง (Hébert et al., 2003)

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างในบางประเด็น ที่เหมือนกันคือเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยประเมินได้จากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ต้องไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อายุใกล้เคียงกัน ที่แตกต่างคือรูปแบบแรกผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความเครียดในการดูแลจากการประเมินโดยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ประเมิน รูปแบบที่สองผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางถึงรุนแรงประเมินโดยใช้แบบวัด Zarit Scale มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน (Hébert et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008)

สรุปได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจเหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ป่วยระยะแรกถึงระยะกลาง (Onor et al., 2007) ซึ่งมีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย (เขาวภา ขงคิมิตรภาพ, 2546) สำหรับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์เหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานาน มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางถึงรุนแรง (Hébert et al., 2003; Martin–Carrasco et al., 2008) และเป็นดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้น (Hébert et al., 2003)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีหลายประเด็น ในประเด็นที่ใ้มากที่สุดคือ เครื่องมือวัดความรู้สึกเป็นภาระ จำนวน 6 เรื่อง (วินา วิทยเจียกขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) รองลงมาคือ เครื่องมือวัดความรู้สึกซึมเศร้า จำนวน 5 เรื่อง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald .et al., 1999) น้อยที่สุดเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดในงานวิจัย เพียง 1 งานวิจัยเช่น เครื่องมือวัดสภาพจิตของผู้ดูแล (Martin – Carrasco et al., 2008) การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน (Chien & Lee, 2008) ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล (Martin – Cook et al., 2003) เป็นต้นจะเห็นได้ว่าผลจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลประเด็นปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ความรู้สึกเป็นภาระ (วินา วิทยเจียกขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) และภาวะซึมเศร้า (Coon et al., 2003 ;Gallagher-Thompson et al., 2003; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald .et al., 1999) จึงเห็นได้ว่าเครื่องมือวัดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแล ถ้าหากความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลดีขึ้นก็น่าจะทำให้ประเด็นต่างๆ ที่เป็นปัญหาลดลงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเฮบเบิร์ต และคณะ (Hébert et al., 2003) และมาร์ติน และคณะ (Martin–Carrasco et al., 2008) ที่ใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระก่อนเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กรณีเครื่องมือที่ผู้วิจัยนิยมนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมน้อย อธิบายได้ว่าประเด็นนั้นๆ อาจไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลทุกคน อาจเกิดกับบางกลุ่มเท่านั้น ทำให้ผู้วิจัยนำมาศึกษาไม่มาก

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 16 เรื่อง โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ผลการประเมินงานวิจัยที่นำมาศึกษา เป็นงานวิจัยเป็นงานวิจัยระดับ A ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 11 เรื่อง (Chien & Lee, 2008; Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Carrasco et al., 2008; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) และงานวิจัย ระดับ B ที่ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 5 เรื่อง (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2549; เขียวภา ยงคิมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เกษจร, 2549; Carmen, Morano, & Marina, 2002; Gallagher-Thompson et al., 2003) ซึ่งงานวิจัยทั้ง 16 เรื่องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 13 เรื่อง ศึกษาในประเทศไทย 3 เรื่อง สามารถสรุปได้เป็น 2 รูปแบบคือ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ โดยมีองค์ประกอบของแต่ละรูปแบบคือ ระยะเวลาของการบำบัด ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด ขนาดของกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่ม และผลลัพธ์ของการบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ

1.1 ระยะเวลาของการบำบัด การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาอยู่ระหว่าง 3 - 16 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง นาน 2 วันถึง 24 สัปดาห์ และพบว่าส่วนใหญ่ทำกลุ่ม

สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่มส่วนใหญ่ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มส่วนใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลารวมส่วนใหญ่ 6 สัปดาห์

1.2 ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค ระบาดวิทยา อาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ครอบครัว ทักษะการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ การให้ความรู้ การฝึกการจัดการความเครียด และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน

1.3 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 3-19 คน และส่วนใหญ่มีขนาด 8-10 คน

1.4 ผู้ดำเนินการกลุ่ม ในการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ มีหลายวิชาชีพได้แก่แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดไชเมอร์ และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ

1.5 ผู้เข้าร่วมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 - 65 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา

1.6 ผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ

จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจในด้านผลลัพธ์ความรู้ ทักษะ และความสามารถ สามารถช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์จิตสังคมพบว่าให้ผลดีขึ้นด้านบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ช่วยลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ ลด ความเครียด ลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล ลดความรู้สึกรู้สึกถูกผูกมัดกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล ลดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) ได้ในระบะติดตามผล 4 เดือน ลดความรู้สึกละอายใจความเป็นตัวเองของตัวเองของผู้ดูแล ลดปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย ลดการใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน ลดระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาล ลดความรุนแรงอาการผู้ป่วย ลดความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์

2.1 ระยะเวลาของการบำบัด การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการจัดการอารมณ์ ทำกลุ่มระหว่าง 8-15 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที - 2 ชั่วโมง โดยทำกลุ่ม 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง ระยะเวลารวม 8-16 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ทำกลุ่ม 8 ครั้ง ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลารวม 8 สัปดาห์

2.2 ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ ประกอบด้วย 3 โปรแกรมหลักคือ โปรแกรมการจัดการกับความเครียดซึ่งใช้รูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจ ทฤษฎีการจัดการความเครียด (stress and Coping; Lazarus & Folkman) ทฤษฎี Beck และ Lewinsohn เน้นเรื่องบทบาทของสมองและพฤติกรรมในการพัฒนาและจัดการกับสภาวะอารมณ์ด้านลบ โปรแกรมการจัดการกับความเศร้า ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และโครงสร้างพื้นฐานการจัดการทางปัญญา และโปรแกรมการจัดการกับความโกรธใช้รูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา

2.3 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์อยู่ระหว่าง 3-14 คน ถ้ากลุ่มใหญ่ต้องมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่มอย่างน้อย 1 คน ส่วนใหญ่ ขนาดกลุ่ม 7-10 คน

2.4 ผู้ดำเนินการกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่มในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการเป็นกลุ่มการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2.5 ผู้เข้าร่วมกลุ่ม เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง เป็นคู่สมรสและบุตร มีอายุอย่างน้อย 21 ปี อายุอยู่ในช่วง 30-65 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาศัยอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อมและมีความรู้สึกเป็นภาระ

2.6 ผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 6 เรื่องพบว่าส่วนใหญ่ให้ผลทางด้านบวกเช่นการจัดการกับปัญหาดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง ความรู้สึกเป็นภาระลดลง ความรู้สึกโกรธลดลง ความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยลดลง สุขภาพจิตของผู้ดูแลดีขึ้นเป็นต้น ผลลัพธ์ของการบำบัดพบว่า ส่วนใหญ่ให้ผลทางด้านบวก ยกเว้น ผลลัพธ์ความรู้สึกวิตกกังวลที่ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ และในกลุ่มที่เน้นการจัดการอารมณ์สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดผลกระทบทางจิตใจได้

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม มีดังนี้

1. ความรู้สึกละเป็นภาระประกอบด้วย แบบวัดภาระการดูแลของซาริต (Zarit), The Caregiver Burden Inventory (CBI) แบบวัดความรู้สึกละเป็นภาระฉบับภาษาจีน (the Chinese version of the Family Caregiving Burden Inventory) และแบบวัดภาระการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี
2. ความรู้สึกละซึมเศร้าประกอบด้วย 20-item self report for Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และ Beck Depression Inventory (BDI)
3. ความกดดันทางจิตใจประกอบด้วยแบบวัดความกดดันทางจิตใจ 14-item Ilfeld Psychiatric Symptoms Index และแบบความกดดันทางจิตใจ The Psychological Distress Index, an adapted version of the Psychiatric Symptoms Index
4. ความสามารถในการให้การดูแลประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการให้การดูแลผู้รับการดูแลของลอว์ตัน และบรอดคีย์ (care recipient's physical self-maintenance and instrumental abilities), six brief scales และแบบประเมินความสามารถแห่งตน Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy
5. ความเครียดของผู้ดูแลประกอบด้วยแบบวัด Stress Appraisal Measure แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลดัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล Caregiver Self – Assessment Questionnaire ของ American Medical Association แบบวัด Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) และแบบวัด Carers' Assessment of Managing Index
6. ความถี่ของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วยแบบวัด Neuropsychiatric Inventory (NPI) และแบบวัด the Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)
7. การเผชิญความเครียด (Coping Strategies) ประกอบด้วยแบบวัด Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) และแบบวัด Carers' Assessment of Managing Index

8. ความรู้ของผู้ดูแล (Caregiver Knowledge) ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล The Caregiver Knowledge Survey และแบบวัด six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล (Caregiving mastery)
9. ความรู้สีกวิตกกังวล (Anxiety) ประกอบด้วยแบบวัดความรู้สีกวิตกกังวล Anxiety Subscale ของ Brief Symptom Inventory และแบบวัดความรู้สีกวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory
10. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลประกอบด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (the World Health Organization Quality of Life Scale) และแบบวัด SF-36 Health Survey Questionnaire
11. ความรู้สีกถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล (Role captivity) ประกอบด้วยแบบวัด six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity)
12. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประกอบด้วยแบบวัด Inventory of Socially Supportive Behaviors และแบบวัด Family Support Services Index
13. ความรู้ ทักษะการปฏิบัติตน (KAP) ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ ทักษะ และทักษะในผู้ดูแล (KAP) จำนวน 30 ข้อ
14. ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลประกอบด้วยแบบวัด ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล 28- item Beliefs About Caregiving Scale (BACS)
15. ความไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล (hostility) ประกอบด้วยแบบวัด Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL)
16. ความรู้สีกโกรธ (anger) ประกอบด้วยแบบวัด The State-Trait Anger Expression Inventory
17. ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver resentment) ประกอบด้วยแบบวัด ความไม่พอใจของผู้ดูแล The Caregiver Resentment Scale
18. การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน ประกอบด้วยแบบวัด Family Support Services Index
19. สุขภาพจิตของผู้ดูแล (caregiver mental health status) ประกอบด้วยแบบวัด General Health Questionnaire (GHQ-28)
20. การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป (Role overload) ประกอบด้วยแบบวัด six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity)

21. การรับรู้ของคนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ประกอบด้วยแบบวัด six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของคนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation)

สรุปได้ว่าการนำเครื่องมือการวัดผลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ในบริบทของประเทศไทยนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ให้การบำบัดที่ต้องการวัดผลกระทบด้านใด เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดผลกระทบดังกล่าว

ข้อจำกัดในการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยของในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่างานวิจัยต่างประเทศ ทั้ง 13 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น RCT และถึงทดลองซึ่งมีความน่าเชื่อถือแต่มีข้อจำกัดคือ บางเรื่อง ไม่ได้อธิบายในส่วนของรายละเอียดของกิจกรรมกลุ่ม และมีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงานผลการวิจัยในเบื้องต้น รวมทั้งแบบทดสอบที่ใช้ในการทำงานวิจัยบางงานวิจัยไม่ได้ระบุอย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ศึกษาไม่สามารถวิเคราะห์งานวิจัยเหล่านั้นอย่างละเอียดได้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศึกษา

สำหรับการนำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศึกษา (โรงพยาบาล ศรีรัษฎา)

สำหรับทางโรงพยาบาล การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ทั้ง 2 ประเภท นั้นพยาบาลจิตเวชและผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม แต่ทั้งนี้ควรมีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ เหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เริ่มดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมไม่ให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาส่วนใหญ่น้อย 6 สัปดาห์

1.2 วิธีดำเนินการกลุ่มของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้างวิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกทักษะต่างๆ

1.3 สถานที่ และอุปกรณ์ จัดกลุ่มที่หน่วยจิตเวชสูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และที่คลินิกสูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ควรเป็นห้องที่เงียบไม่มีเสียงรบกวน จัดเตรียมเก้าอี้ประมาณ 10 ตัว จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำกลุ่มได้แก่ วัสดุทัศนเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สื่อคอมพิวเตอร์ สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม

1.4 ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ เนื้อหาของกลุ่ม 6 ครั้ง ประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรค ระบาดวิทยา อาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา

2) การให้ความรู้เรื่องปัญหาพฤติกรรม การจัดการกับอาการของผู้ป่วย กลยุทธ์การสื่อสารสำหรับจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วย

3) การให้ความรู้เรื่องผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

4) การให้ความรู้เรื่องเทคนิคในการดูแลความสะอาดผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้บทบาทสมมติ

5) การให้ความรู้และฝึกการจัดการความเครียด

6) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน บริการที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วย

1.5 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มมีขนาด 8-10 คน

1.6 ผู้ดำเนินการกลุ่มได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดไชเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีความเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

1.7 ผู้เข้าร่วมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักที่เริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ระยะแรกถึงระยะกลาง มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย อายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 65 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นคู่สมรส บุตร หรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอาศัยอยู่กับ

ผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถมาร่วมกลุ่มได้จนครบ 6 ครั้ง สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ควรร่วมกลุ่มคือ ผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน และการมองเห็นระดับรุนแรงหรือป่วยด้วยโรคทางสมองที่ทำให้ความสามารถการได้ยินและการมองเห็นบกพร่อง

1.8 ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ควรเลือกประเมินในการประเมินผลลัพธ์ผู้ทำการศึกษา ควรเลือกผลลัพธ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่วางแผน ซึ่งผลลัพธ์ที่อาจเลือกประเมินเช่น

- 1) ความรู้สึกเป็นภาระโดยใช้การดูแลของซาริทซนิต 22-item Revised Caregiver Burden Scale
- 2) ความสามารถในการให้การดูแลโดยใช้ แบบวัดความสามารถแห่งตน Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy
- 3) ความเครียดโดยใช้แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล คัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล Caregiver Self – Assessment Questionnaire ของ American Medical Association
- 4) ความรู้ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล The Caregiver Knowledge Survey
- 5) คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (the World Health Organization Quality of Life Scale)
- 6) การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัด Family Support Services Index
- 7) ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติตนโดยใช้แบบวัดความรู้ ทักษะและทักษะในผู้ดูแล (KAP) จำนวน 30 ข้อ
- 8) การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยใช้แบบวัด six brief scales (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation)

ประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 6 เดือน

2. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมานาน ช่วยลดผลกระทบจากการดูแล มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาส่วนใหญ่น้อย 8 สัปดาห์
2. วิธีดำเนินการกลุ่มของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมติ การให้การบ้าน การฝึกทักษะต่างๆ และการใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ เอกสารแจกให้อ่านในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ และปฏิกิริยาของผู้ดูแล และเอกสารอื่นๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วย
3. ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ เนื้อหาของกลุ่ม 8 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ครั้งที่ 2 การสอนให้ผู้ดูแลควบคุมความตึงเครียดและความเครียดเนื่องจากการดูแล ครั้งที่ 3 กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ครั้งที่ 4 เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ครั้งที่ 5 การควบคุมตัวกระตุ้นความเครียด ครั้งที่ 6 เทคนิค กลยุทธ์ การจัดโครงสร้างใหม่ ครั้งที่ 7 เทคนิคการจัดการปัญหาผู้ป่วย ครั้งที่ 8 เทคนิคการให้รางวัล
4. สถานที่ และอุปกรณ์ จัดกลุ่มที่หน่วยจิตเวชสูงอายุสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และที่คลินิกสูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ควรเป็นห้องที่เงียบไม่มีเสียงรบกวน จัดเตรียมเก้าอี้ประมาณ 10 ตัว จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำกลุ่มได้แก่ วัสดุทัศนศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สื่อคอมพิวเตอร์ สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม แผ่นพับเรื่อง การควบคุมความตึงเครียดและความเครียดเนื่องจากการดูแล เทคนิคการจัดการปัญหาผู้ป่วย
5. ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มมีขนาด 7-10 คน
6. ผู้ดำเนินการกลุ่มได้แก่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการ ดำเนินการกลุ่ม และการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรเชิญ วิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆแต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม
7. ผู้เข้าร่วมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักที่เริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้น มีอายุอย่างน้อย 21 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 30-65 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นคู่สมรส หรือนุตร หรือผู้ให้การดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม อาศัยอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อม มีความรู้ลึกเป็นภาระ ผู้ดูแลที่ไม่ควรเข้าร่วม กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดสุราเรื้อรัง โรค อารมณ์แปรปรวน มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือเป็นผู้กระทำทารุณกรรม

8. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ควรเลือกประเมินในการประเมินผลลัพธ์ผู้ทำการศึกษา ควรเลือกผลลัพธ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่วางแผน ซึ่งผลลัพธ์ที่อาจเลือกประเมิน เช่น

- 1) ความรู้สึกเป็นภาระโดยใช้ภาระการดูแลของซาริทซนิก 22-item Revised Caregiver Burden Scale
- 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยใช้ แบบวัด 20-item self report for Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
- 3) ความกดดันทางจิตใจโดยใช้แบบวัดความกดดันทางจิตใจ The Psychological Distress Index, an adapted version of the Psychiatric Symptoms Index)
- 4) การเผชิญความเครียดโดยใช้แบบวัด Revised Ways of Coping Checklist
- 5) ความเครียดโดยใช้แบบวัด Stress Appraisal Measure
- 6) ความรู้สึกวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความรู้สึกรู้สึกกังวล State-Trait Anxiety Inventory
- 7) คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัด SF-36 Health Survey Questionnaire
- 8) การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัด Inventory of Socially Supportive Behaviors
- 9) ความไม่เป็นมิตรของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL)
- 10) ความรู้สึกโกรธโดยใช้แบบวัด The State-Trait Anger Expression Inventory
- 11) สภาพจิตของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด General Health Questionnaire (GHQ-28)
- 12) การรับรู้บทบาทที่มากเกินไปโดยใช้แบบวัด six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity)

ประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 6 เดือน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. สำหรับในเชิงการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบจากการดูแลจนต้องมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ และควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เกิดจากการได้รับผลกระทบการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS FOR CAREGIVERS
OF OLDER ADULTS WITH DEMENTIA

นำพล กิ่งก้าน 4836258 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), ประครอง อินทรสมบัติ,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ มีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเซาว์ปัญญา (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยพบได้ร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 50 ในประชากรที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548) จากการสำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมพบว่าในประเทศอังกฤษมีความชุกร้อยละ 1.1 ในยุโรปตอนใต้มีความชุกร้อยละ 3.9 – 5.2 ในผู้อายุ 70 – 84 ปี (Thompson et al., 2007) การศึกษาในประเทศในเอเชียเช่นในเกาหลีใต้พบว่ามีความชุกร้อยละ 2.6 ในผู้อายุ 65–69 ปี (Lee et al., 2002) จะเห็นได้ว่าความชุกของโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นอย่างชัดเจน โรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ และมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง สำหรับสาเหตุของโรคที่แท้จริงยังไม่ชัดเจน แต่มีหลักฐานที่เชื่อว่าน่าจะมาจากหลายสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่นการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง การมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในสมอง การขาดสารอาหารบางชนิด เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้นำไปสู่ความบกพร่องทางสติปัญญา ส่งผลให้

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทักษะในการติดต่อสื่อสารลดลง รวมถึงความบกพร่องเกี่ยวกับการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; Laine & Goldmann, 2008)

อาการของโรคสมองเสื่อมแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทางสติปัญญา และบุคลิกภาพ อาการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของโรค โดยในระยะแรกของโรคสมองเสื่อมผู้ป่วยจะดูปกติเหมือนคนทั่วไป ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้น (กรมสุขภาพจิต, 2548) ระยะกลางของโรคผู้ป่วยเริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาด้านสุขภาพจิต อาจมีอาการทางจิตเช่นหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหลงผิด (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2551) สูญเสียความทรงจำระยะสั้นมากขึ้น มีความสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆด้วยตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548; ศิริพันธ์ สาตย์, 2549) สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการให้การช่วยเหลือดูแล (สมทรง จุไรทัศน์, 2550) ในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล ทำให้พลัดหลงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ไม่สามารถบอกความต้องการได้ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ สาตย์, 2549; Michon, Weber, Rudhard-Thomazic, & Giannakopoulos, 2005)

การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่าในระยะแรกผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ระยะกลางของโรคผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือมากขึ้นในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และป้องกันการพลัดหลงจากการสูญเสียความทรงจำระยะสั้นเพิ่มขึ้น ในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ มีปัญหาการกลืนอาหารและปัสสาวะไม่ได้ (ศิริพันธ์ สาตย์, 2549) ผู้ดูแลต้องให้การดูแลตลอด ยืมนานภาระการดูแลยิ่งมากขึ้นและหนักขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) จึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยากยิ่งและซับซ้อนต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ สาตย์, 2549; สิริพนธ์ จันศิริกาญจน, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) จากการศึกษาของเดวิส และทรีมอนท์ (Davis & Tremont, 2007) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 50% ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกายเช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลจะมีความเครียด มีอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ และรู้สึกอับอาย รู้สึกกดดันทาง

อารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2548; ปิยภรณ์ จันทรโพธิ์, 2547; รัชฎา รักษานาม, 2543; Davis & Tremont, 2007; Michon et al., 2005) ผลกระทบทางด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดอิสระในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) และผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ดูแลจะขาดรายได้จากการหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจ (รัชฎา รักษานาม, 2543; ศิริพันธ์ สาสัดย์, 2549; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2550) จากบทบาทในการดูแลนี้เองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดสูง และมีความรู้สึกเป็นภาระในที่สุด (จอมสุวรรณ์, 2542) นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง และเกิดผลกระทบกับตัวผู้ดูแลเอง จึงมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมให้มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยและเข้าใจผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียด และเพิ่มความผาสุก ลดความเศร้า จึงมีความจำเป็นเพราะจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมด้วย จากการศึกษาของเดอนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีอยู่ 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ ความต้องการการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหรือแหล่งอื่นๆ ด้านการสนับสนุนทางจิตใจนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมมีความต้องการมากที่สุด (ปิยภรณ์ จันทรโพธิ์, 2547) ดังนั้นวิธีการดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะการจัดการปัญหา การดูแล และการให้การสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล (Thompson, Spilsbury, Hall, Birks, Barnres, & Adamson, 2007) และจากการศึกษาของธอมป์สันและคณะ (Thompson et al., 2007) พบว่ามีวิธีการช่วยเหลือหลายวิธีคือ กลุ่มเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติโดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ และลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในตัวเอง เพิ่มความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546; Acton & Kang, 2001; Thompson et al., 2007) ซึ่งตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุด

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแล ให้การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยตรง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงเล็งเห็นถึงความจำเป็น และความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการบำบัด และช่วยเหลือผู้ดูแล

ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา โดยจะทำการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม อันจะส่งผลให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และจะเป็นประโยชน์ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อวิเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในประเด็นต่อไปนี้ 1) รูปแบบของการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 2) องค์ประกอบของการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาและเนื้อหากิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดำเนินการกลุ่ม ผู้ร่วมกลุ่ม และ 3) ผลลัพธ์ของการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits / Outcomes)

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแล และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

คำจำกัดความ (Definition of term)

ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder, IV: DSM-IV TR) คือมีความบกพร่องของความจำหลายด้าน โดยแสดงออกทั้งความจำเสื่อมไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนรู้มาแล้วได้ และมีความผิดปกติใน 1 ข้อหรือมากกว่าดังนี้คือ ความผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (Apraxia) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทการรับรู้ปกติ (Agnosia) ความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหาร (Executive function) เช่น การวางแผน การประมวลผล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม โดยก่อให้เกิดความบกพร่องทางสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆ และมีความจำที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; American Psychiatric Association, 2000)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา และญาติพี่น้อง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ดูแลหลักที่

รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Hunt , 2003)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง วิธีการดูแลช่วยเหลือที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่าง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ หรือการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นกลุ่มบำบัดที่นำโดยพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพที่ได้รับการศึกษา และฝึกอบรมในหลักสูตร หรือฝึกอบรมโดยเฉพาะการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา จัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย (London, 2008; Lukens, & Mcfarland, 2004) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ทักษะการจัดการกับความเครียด และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Marano & Bravo, 2002)

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) (Polit & Hungler, 1997) โดยกระบวนการประกอบด้วย ขั้นตอนดังต่อไปนี้

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for Information Sources)

แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเองและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 - มิถุนายน พ.ศ. 2552 ดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.car.chula) และกรมสุขภาพจิต (dmh)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PubMed, Ovid, CINAHL, Highwire, ScienceDirect, Wiley interScienc, ProQuest, และ www.Cochrane.org

3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่นห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดโรงพยาบาลศิริราชห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หอสมุดแห่งชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key words) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ Dementia and Psychoeducation, Alzheimer's and Psychoeducation, Caregiver and Psychoeducation และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1. ชนิดของการจัดกระทำ พิจารณาคัดเลือกวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
2. ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทุกเพศทุกวัย
3. เป็นงานวิจัยเชิงทดลองชนิด RCT หรือกึ่งทดลอง
4. งานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับสมบูรณ์ (Full text)

เกณฑ์การคัดออกงานวิจัย คืองานวิจัยชนิด Meta Analysis

แนวทางในการสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) พิจารณาใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta - analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่เป็น Meta- analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้แก่ Non Randomized Controlled Trials, Cohort - study, Case Control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยการพิจารณาการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกดังนี้

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (Research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)
- 2.7 การจัดกระทำ (Method / Intervention)
- 2.8 ผลการวิจัย (Finding / Result) ในการวิจัย
- 2.9 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication / Implementation)

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาวิเคราะห์ เพื่อสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษา

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์รวมทั้งหมด 16 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 11 เรื่อง และงานวิจัยระดับ B จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 13 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 3 เรื่อง จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ และมีความเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการทางพยาบาล

2. ประเภทของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา องค์ประกอบและผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สามารถสรุปได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง พบว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจจำนวน 10 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ A 6 เรื่อง (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald. et al., 1999) และงานวิจัยระดับ B 4 เรื่อง (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; เขียวภายงคิมีตรภาพ, 2546; วีนา วิทย์เจียกขจร, 2549; Carmen & Marina, 2002;) สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ระยะเวลาของการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มอยู่ระหว่าง 3 - 16 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง นาน 2 วันถึง 24 สัปดาห์ ความถี่ในการทำกลุ่มตั้งแต่ 2 วันติดต่อกันถึงทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ทำกลุ่ม

สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่มส่วนใหญ่ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มส่วนใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 5 เรื่อง (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999) ระยะเวลาส่วนใหญ่ 6 สัปดาห์ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ แบบกลุ่มมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยการบรรยาย อภิปราย ถาม-ตอบ การฝึกทักษะ การแสดงบทบาทสมมติ วิธีดำเนินการกลุ่มลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยพบว่าเป็นแบบกลุ่มปิด ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่มทั้ง 10 เรื่อง อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรมมีการใช้ สื่อวีดีโอ สื่อคอมพิวเตอร์ มีการใช้สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก (วินา วิทย์เจียกจร, 2549) มีคู่มือและแผ่นพับความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม (เขาวงกต ฌงคิมิตรภาพ, 2546) ลักษณะเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทั้ง 10 เรื่อง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย สาเหตุของโรคสมองเสื่อม พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค ระบาดวิทยา อาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การจัดการความเครียด ความรู้เรื่องผลกระทบของโรค ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและ ครอบครัว ความสำคัญของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแล และวิธีในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย กลยุทธ์การสื่อสาร การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับอารมณ์ และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน (Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008)

ขนาดของกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 3-19 คน ส่วนใหญ่มีขนาด 8-10 คน (เขาวงกต ฌงคิมิตรภาพ, 2546; วินา วิทย์เจียกจร, 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007; Onor et al., 2007)

ผู้ดำเนินการกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพ (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al.; 2007; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999) และเป็นพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Chien & Lee, 2008) เป็นแพทย์ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin – Cook et al., 2003) เป็นจิตแพทย์ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Onor et al., 2007) นักสังคมสงเคราะห์ (เขาวงกต ฌงคิมิตรภาพ, 2546; Carmen & Marina, 2002) และนักจิตวิทยาคลินิก (Onor et al., 2007)

ผู้เข้าร่วมกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่ม หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ระยะแรกถึงระยะกลาง มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ประเมิน (เขาวงกต ยงคิมิตรภาพ, 2546) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 65 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส

ผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง พบว่าได้ผลลัพธ์ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ

1) ความรู้ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007)

2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หลังการทดลองที่ระยะ 6 เดือนและ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.000$ ทั้งสองช่วงเวลา (Hepburn et al., 2005)

3) ความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติตน พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถเพิ่มความรู้ และทักษะการปฏิบัติตนหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม และอื่นๆ

1) ความรู้สึกเป็นภาระพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ หลังการทดลองทันที (วินา วิทย์เจียกขจร, 2549; Chien & Lee, 2008; Ostwald et al., 1999) ระหว่างหลังการทดลอง 2 เดือนและหลังการทดลอง 4 เดือน (Onor et al., 2007) ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 เดือน (Onor et al., 2007) หลังการติดตามผล 5 เดือน (Ostwald et al., 1999) และหลังการติดตามผล 6 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 (Chien & Lee, 2008)

2) ภาวะซึมเศร้าพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที (Martin – Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999) หลังการทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือน (Onor et al., 2007)

3) ความเครียด พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความเครียดจากการเป็นผู้ดูแล และความเครียดทั่วไปหลังการทดลองทันที (เขาวภา ยงศิริมิตรภาพ, 2546)

4) ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลหลังการทดลองทันที เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .05$ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

5) ความรู้สึกถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.031$ (Hepburn et al., 2007)

6) ความรู้สึกวิตกกังวล พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.026$ (Onor et al., 20)

7) คุณภาพชีวิต พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้ง 2 เวลา (Chien & Lee, 2008)

8) ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแลหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Hepburn et al., 2007)

9) ปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและ

ช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย หลังการทดลอง 5 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=.02$ (Ostwald et al., 1999)

10) การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดการใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน หลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Chien & Lee, 2008)

11) ระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือด้านจิตใจ สามารถลดระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาลหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 (Chien & Lee, 2008)

2.2 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ จากการวิเคราะห์งานวิจัย 16 เรื่อง พบว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ A 5 เรื่อง (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) และงานวิจัยระดับ B 1 เรื่อง (Gallagher-Thompson et al., 2003) สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ระยะเวลาของการบำบัด จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม ส่วนใหญ่ทำกลุ่ม 8 ครั้ง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Martin – Carrasco et al., 2008) ส่วนใหญ่ทำกลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003) ส่วนใหญ่ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003) และส่วนใหญ่ระยะเวลารวม 8 สัปดาห์ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ แบบกลุ่มมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยการบรรยาย อภิปรายถาม-ตอบ การฝึกทักษะ การแสดงบทบาทสมมุติ และการให้การบ้าน ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ พบว่าเป็นแบบกลุ่มปิด ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่มทั้ง 6 เรื่อง อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบในการดำเนินกิจกรรม มีเอกสารแจกให้อ่านในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ และปฏิกิริยาของผู้ดูแล และเอกสารอื่นๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วย (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน (Ducharme et al., 2005;

Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Gallagher-Thompson et al., 2003) ดำเนินกิจกรรมที่สมาคมอัลไซเมอร์ องค์กรเอกชนที่ดูแลผู้ป่วย (Coon et al., 2003; Hébert et al., 2003) และดำเนินกิจกรรมที่คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช (Martin – Carrasco et al., 2008) เนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการกับอารมณ์ มีวิธีการจัดกิจกรรมแตกต่างกันสามารถสรุปเป็น 3 โปรแกรมหลักคือโปรแกรมการจัดการความเครียด (Ducharme et al., 2005; Gallagher Thompson et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Hébert et al., 2003) โปรแกรมการจัดการกับความโกรธ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) และโปรแกรมการจัดการกับความเศร้า (Coon, et al., 2003)

ขนาดของกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ อยู่ระหว่าง 3-14 คน และส่วนใหญ่ขนาดกลุ่ม 7-10 คน (Coon, et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

ผู้ดำเนินการกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่ามีหลายวิชาชีพแตกต่างกัน ดังนี้ ทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จิตแพทย์ (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) นักจิตวิทยาคลินิกและนักสังคมสงเคราะห์ (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) แพทย์ฝึกหัด (Coon, et al., 2003) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Hébert et al., 2003) มีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003) และได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม (Martin – Carrasco et al., 2008)

ผู้เข้าร่วมกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้ง 6 เรื่อง และเป็นดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง (Hébert et al., 2003) เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008) ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสและบุตร (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005 ; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) อายุพบว่าผู้ดูแลมีอายุอย่างน้อย 21 ปี (Gallagher-Thompson et al., 2003)

ผลลัพธ์การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์

1) กลยุทธ์การจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถเพิ่มการใช้กลยุทธ์ทางบวกในการจัดการ

ปัญหาหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Coon et al., 2003) และหลังการทดลอง 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Gallagher-Thompson et al., 2003)

2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .00$ (Gallagher-Thompson et al., 2003) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .02$ (Coon et al., 2003)

3) ความรู้สึกเป็นภาระ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระลงหลังการทดลอง 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.0083$ (Martin – Carrasco et al., 2008)

4) ความสามารถของดูแลพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถเพิ่มความสามารถของดูแลหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Coon et al., 2003)

5) ความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถลดความรู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล หลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .01$ (Coon et al., 2003) และหลังการทดลอง 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ . 05 (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994)

6) ความรู้สึกโกรธพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถลดความรู้สึกโกรธ หลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .02$ (Coon et al., 2003)

7) สุขภาพจิตของผู้ดูแลพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถทำให้สุขภาพจิตของผู้ดูแลดีขึ้น หลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ . 05 (Martin – Carrasco et al., 2008)

8) ความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถลดความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Hebert et al., 2003)

9) แหล่งสนับสนุนทางสังคมของ พบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถลดปฏิกิริยาในทางลบต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ (Gallagher-Thompson et al., 2003)

10) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (Martin – Carrasco et al., 2008)

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้แก่

1) ความรู้สึกเป็นภาระ ประเมินโดยเครื่องมือ 4 ชนิดคือ แบบวัดภาระการดูแลของซาริทชนิด 22 ข้อ (Zarit) (Hébert et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Ostwald . et al., 1999), The Caregiver Burden Inventory (CBI) (Onor et al., 2007) แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระฉบับภาษาจีน (the Chinese version of the Family Caregiving Burden Inventory) (Chien & Lee, 2008) และแบบวัดภาระการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (วินา วิทย์เจียกจร, 2549)

2) ความรู้สึกซึมเศร้า ประเมินโดยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Gallagher-Thompson et al., 2003; Martin – Cook et al., 2003; Ostwald .et al., 1999), Beck Depression Inventory (BDI) (Coon, et al., 2003) และ Depression subscale ของ Brief Symptom Inventory (Onor et al., 2007)

3) ความสามารถในการให้การดูแล ประเมินโดยเครื่องมือ 4 ชนิดคือ care recipient's physical self - maintenance and instrumental abilities (Hepburn et al., 2005) six brief scales (Hepburn et al., 2007), Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (Coon, et al., 2003) และ Competence dealing with health care staff (Ducharme et al., 2005)

4) ความกดดันทางจิตใจ ประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ The Psychological Distress Index (Ducharme et al., 2005) และประเมินจากแบบวัดย่อย โดยผู้วิจัยได้นำมารวมกันพัฒนาเป็นแบบวัดความกดดันทางจิตใจ (Distress) (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

5) ความเครียดของผู้ดูแล ประเมินโดยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ Stress Appraisal Measure (Ducharme et al., 2005) แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล Caregiver Self – Assessment Questionnaire ของ American Medical Association (เขาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546) และแบบวัดความเครียดในผู้ดูแล (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2549)

6) ความถี่ของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Chien & Lee, 2008) และ the Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) (Hébert et al., 2003; Ostwald et al., 1999)

7) กลยุทธ์การเผชิญความเครียด (Coping Strategies) ประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003) และ Carers' Assessment of Managing Index (Ducharme et al., 2005)

8) ความรู้ของผู้ดูแล (Caregiver Knowledge) ประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ The Caregiver Knowledge Survey (Carmen & Marina, 2002) และ six brief scales ข้อย่อย การรับรู้ของตนเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล (Hepburn et al., 2007)

9) ความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) ประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ Anxiety Subscale ของ Brief Symptom Inventory (Onor et al., 2007) และ State-Trait Anxiety Inventory (Hébert et al., 2003)

10) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ แบบวัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life Scale) (Chien & Lee, 2008) และ SF-36 Health Survey Questionnaire (Martin – Carrasco et al., 2008)

11) ความรู้สึกถูกผูกมัดกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล (Role captivity) ประเมินโดยเครื่องมือ six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกมัดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity) (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007)

12) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประเมินโดยเครื่องมือ 2 ชนิดคือ Inventory of Socially Supportive Behaviors (Gallagher-Thompson et al., 2003) และ Family Support Services Index (Chien & Lee, 2008)

13) ความไม่เป็นมิตรของผู้ดูแลประเมินโดยเครื่องมือ Multiple Affect Adjective Checklist (Coon, et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003)

14) ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลประเมินโดยเครื่องมือ 28 item Beliefs About Caregiving Scale (Hepburn et al., 2005)

15) ความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติตน (KAP) ประเมินโดยเครื่องมือ วัดความรู้ ทัศนคติและทักษะในผู้ดูแล (KAP) จำนวน 30 ข้อ (พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันท์กาทวีชาชาติ, 2549)

16) ความรู้สึกโกรธ (anger) ประเมินโดยเครื่องมือ The State-Trait Anger Expression Inventory (Coon, et al., 2003)

17) ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล (Caregiver resentment) ประเมินโดยเครื่องมือ The Caregiver Resentment Scale (Martin – Cook et al., 2003)

18) การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน ประเมินโดยเครื่องมือ Family Support Services Index (Chien & Lee, 2008)

19) สุขภาพจิตของผู้ดูแล (caregiver mental health status) ประเมินโดยเครื่องมือ General Health Questionnaire (GHQ-28) (Martin – Carrasco et al., 2008)

20) การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป (Role overload) ประเมินโดยเครื่องมือ six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Ducharme et al., 2005)

21) การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ประเมินโดยเครื่องมือ six brief scales ข้อย่อยการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation) (Hepburn et al., 2005)

ข้อจำกัดในการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยของในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่างานวิจัยต่างประเทศทั้ง 13 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น RCT และกึ่งทดลอง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือแต่มีข้อจำกัดคืองานวิจัยบางเรื่องไม่ได้อธิบายในส่วนของรายละเอียดของกิจกรรมกลุ่ม และมีงานวิจัย 1 เรื่องที่รายงานผลการวิจัยในเบื้องต้น รวมทั้งแบบทดสอบที่ใช้ในการทำงานวิจัยบางงานวิจัยไม่ได้ระบุอย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ศึกษาไม่สามารถวิเคราะห์งานวิจัยเหล่านี้ได้อย่างละเอียดได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศึกษา

สำหรับการนำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในสถาบันของผู้ศึกษา (โรงพยาบาลศรีธัญญา)

สำหรับทางโรงพยาบาล การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมทั้ง 2 ประเภทนั้นพยาบาลจิตเวช และผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม แต่ทั้งนี้ควรมีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือด้านจิตใจ เหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เริ่มดูแล

ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมไม่ให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1.1 ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาส่วนใหญ่น้อย 6 สัปดาห์

1.2 วิธีดำเนินการกลุ่มของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกทักษะต่างๆ

1.3 สถานที่ และอุปกรณ์ จัดกลุ่มที่หน่วยจิตเวชสูงอายุสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และที่คลินิกสูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ควรเป็นห้องที่เงียบไม่มีเสียงรบกวน จัดเตรียมเก้าอี้ประมาณ 10 ตัว จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำกลุ่มได้แก่ วัสดุทัศนเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สื่อคอมพิวเตอร์ สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม

1.4 ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการให้ความรู้ เนื้อหาของกลุ่ม 6 ครั้งประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค ระบาดวิทยา อาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา

2) การให้ความรู้เรื่องปัญหาพฤติกรรม การจัดการกับอาการของผู้ป่วย กลยุทธ์การสื่อสารสำหรับจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วย

3) การให้ความรู้เรื่องผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ครอบครัว

4) การให้ความรู้เรื่องเทคนิคในการดูแลความสะอาดผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้บทบาทสมมติ

5) การให้ความรู้และฝึกการจัดการความเครียด

6) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน บริการที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วย

1.5 ขนาดของกลุ่ม มีขนาด 8-10 คน

1.6 ผู้ดำเนินการกลุ่ม ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดไซเมอร์และสมองเสื่อม

ชนิดอื่นๆ ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

1.7 ผู้เข้าร่วมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักที่เริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ระยะแรกถึงระยะกลาง มีความเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย อายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 65 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นคู่สมรส บุตร หรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอาศัยอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถมาร่วมกลุ่มได้จนครบ 6 ครั้ง สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ควรร่วมกลุ่ม คือ ผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน และการมองเห็นระดับรุนแรงหรือป่วยด้วยโรคทางสมองที่ทำให้ความสามารถการได้ยินและการมองเห็นบกพร่อง

1.8 ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือ ในการประเมินผลลัพธ์ผู้ทำการศึกษา ควรเลือกผลลัพธ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่วางแผนไว้ ซึ่งผลลัพธ์ที่อาจเลือกประเมิน เช่น

- 1) ความรู้สึกเป็นภาระโดยใช้ ภาระการดูแลของชาวิทย
ชนิด 22-item Revised Caregiver Burden Scale
- 2) ความรู้ของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล The
Caregiver Knowledge Survey
- 3) ความเครียดโดยใช้แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล
ดัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล Caregiver Self – Assessment Questionnaire ของ
American Medical Association
- 4) ความสามารถในการให้การดูแลโดยใช้ แบบวัดความ
สามารถแห่งตน Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy
- 5) คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การ
อนามัยโลก (the World Health Organization Quality of Life Scale)

การประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาควรประเมินในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก
หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะติดตามผล 6 เดือน

2. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เน้นการจัดการอารมณ์เหมาะสม
สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมานาน ช่วยลด
ผลกระทบจากการดูแลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง ความถี่ในการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาส่วนใหญ่น้อย 8 สัปดาห์

2. วิธีดำเนินการกลุ่มของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาใช้กระบวนการกลุ่ม จัดแบบกลุ่มปิด มีโครงสร้าง ร่วมไปกับวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การแสดงบทบาทสมมุติ การให้การบ้าน การฝึกทักษะต่างๆ และการใช้ อุปกรณ์ ได้แก่ เอกสาร แจกให้อ่านในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ และปฏิกิริยาของผู้ดูแล และเอกสารอื่นๆเช่น ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วย

3. ลักษณะเนื้อหาของการบำบัด เนื้อหาการให้ความรู้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่เน้นการจัดการอารมณ์ เนื้อหาของกลุ่ม 8 ครั้งประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ครั้งที่ 2 การสอนให้ผู้ดูแลควบคุมความตึงเครียดและความเครียด เนื่องจากการดูแล ครั้งที่ 3 กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ครั้งที่ 4 เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ครั้งที่ 5 การควบคุมตัวกระตุ้นความเครียด ครั้งที่ 6 เทคนิค กลยุทธ์การจัดโครงสร้างใหม่ ครั้งที่ 7 เทคนิค การจัดการปัญหาผู้ป่วย ครั้งที่ 8 เทคนิคการให้รางวัล

4. สถานที่ และอุปกรณ์ จัดกลุ่มที่หน่วยจิตเวชสูงอายุนำสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล และที่คลินิกสูงอายุนำสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ควรเป็นห้องที่เงียบไม่มีเสียงรบกวน จัดเตรียมเก้าอี้ประมาณ 10 ตัว จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำกลุ่มได้แก่ วัสดุทัศนศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สื่อคอมพิวเตอร์ สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก คู่มือให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม แผ่นพับเรื่องควบคุมความตึงเครียดและความเครียดเนื่องจากการดูแล เทคนิค การจัดการปัญหาผู้ป่วย

5. ขนาดของกลุ่ม มีขนาด 7-10 คน

6. ผู้ดำเนินการกลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการดำเนินการกลุ่ม และการเป็นผู้นำกลุ่ม และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรเชิญวิชาชีพอื่นมาร่วมในครั้งที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ แต่พยาบาลจะเป็นหลักในการจัดกลุ่ม

7. ผู้เข้าร่วมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักที่เริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้น มีอายุอย่างน้อย 21 ปี อายุอยู่ในช่วง 30-65 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นคู่สมรส หรือบุตร หรือผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม อาศัยอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อม มีความรู้ลึกเป็นภาระ ผู้ดูแลที่ไม่ควรเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดิสุราเรื้อรัง โรคอารมณ์แปรปรวน มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือเป็นผู้กระทำทารุณกรรม

8. ผลลัพธ์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและเครื่องมือที่ควรเลือกใช้ประเมินในการประเมินผลลัพธ์ผู้ทำการศึกษา ควรเลือกผลลัพธ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่วางแผน ซึ่งผลลัพธ์ที่อาจเลือกประเมิน เช่น

- 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยใช้ แบบวัด 20-item self report for Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
- 2) กลยุทธ์เผชิญความเครียด โดยใช้แบบวัด Revised Ways of Coping Checklist
- 3) ความกดดันทางจิตใจโดยใช้แบบวัดความกดดันทางจิตใจ The Psychological Distress Index, an adapted version of the Psychiatric Symptoms Index)
- 4) ความรู้สึกเป็นภาระโดยใช้ ภาระการดูแลของซาริทชนิด 22-item Revised Caregiver Burden Scale
- 5) ความเครียดโดยใช้แบบวัด Stress Appraisal Measure
- 6) ความรู้สึกรู้สึกกังวลโดยใช้แบบวัดความรู้สึกรู้สึกกังวล State-Trait Anxiety Inventory
- 7) คุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัด SF-36 Health Survey Questionnaire
- 8) การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัด Inventory of Socially Supportive Behaviors
- 9) สภาพจิตของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด General Health Questionnaire (GHQ-28)

การประเมินผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาควรประเมินในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้ายทันที และระยะติดตามผล 6 เดือน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. สำหรับในเชิงการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้รับผลกระทบจากการดูแลจนต้องมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ และควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เกิดจากการได้รับผลกระทบการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION GROUPS FOR CAREGIVERS OF OLDER ADULTS WITH DEMENTIA

NUMPHOL KINGKAN 4836258 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.
(PSYCHAIITRIC AND MENTAL HEALTH NURSING),
PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed. (NURSING ADMINISTRATION)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Dementia is a major health problem among the elderly persons, and it has considerable effects on quality of life of both patients and their family. Dementia is commonly found among the elderly persons. It is a syndrome that results from deteriorating functioning of the brain, leading to abnormal cognition (American Psychiatric Association, 2000). The prevalence and incidence of dementia increase with increasing age. It can be found in 5% of the population aged 65 years old and older, and 50% in patients aged 85 years old and older (Chakkrit Sukying, B.E. 2548). A survey on the prevalence of dementia has shown that the rate of prevalence of dementia in the United Kingdom is 1.1% and that in southern Europe is 3.9-5.2% in the elderly persons aged between 70 and 84 years old (Thompson et al., 2007). In Asian countries such as South Korea, the prevalence rate of dementia is 2.6% in patients aged 70 to 84 years old (Lee et al., 2002). Thus, it can be seen that the prevalence of dementia tends to be clearly associated with increasing age, and it can be concluded that dementia is a major problem of the elderly population and has great

effects on the quality of life of patients and their family (Ampaiwan Poomsrisawad, B.E. 2543).

Dementia is a syndrome that results from deteriorating functioning of the brain. The real cause of dementia is inconclusive. However, there is evidence that dementia may result from degeneration of the brain cells, pathology of the cerebral vessels, infection in the brain, and deficiency of certain nutrients, which lead to cognitive defects. As a result, elderly persons with dementia have to suffer from various problems such as decreased ability to perform daily living activities, impaired communication skills, and defective behavioral and personality expressions (Suthichai Jittapankul, B.E. 2542; Laine & Goldmann, 2008).

Dementia is manifested in the forms of deterioration of cognitive and personality, which varies depending on the progress of the disease. Initially, the patients look like other normal persons but with loss of short-term memory (Department of Mental Health, B.E. 2548). In the middle period, the patients begin to have personality changes. They develop behavioral and mental problems, the latter of which include auditory hallucination, visual hallucination, or distorted thinking (Somdej Chaopraya Psychiatric Institute, B.E. 2551). Their short-term memory loss is worsened, they may have confusion with time and place, and they are unable to solve problems by themselves, so they need to depend more on others (Department of Mental Health, B.E. 2548; Siripan Sasat, B.E. 2549). Other symptoms include loss of self-care efficacy, loss of ability to carry out different activities, and loss of decision making ability, thus making them dependent on caregivers (Somsong Juraitassanee, B.E. 2550). In the last stage of the disease, the patients lose their comprehension of time, place, and person, which can make them easily get lost, so they need to have a caregiver who takes care of them. In addition, they are unable to control their bowel movement and excretion, they are unable to let others know their needs, and they are unable to take care of themselves, so they are totally dependent on caregivers (Siripan Sasat, B.E. 2549; Michon, Weber, Rudhard-Thomazic, & Giannakopoulos, 2005).

As regards care of dementia patients, in the initial phase, caregivers have to provide care when it comes to complex daily living activities. In the middle phase, caregivers need to provide more care in daily living activities and prevent them from getting lost due to increased loss of short-term memory. In the final stage, the patients

are completely unable to take care of themselves. They also have abnormal physical movements and are unable to control their excretion and bowel movement (Siripan Sasat, B.E. 2549), so the caregivers have to provide round-the-clock care to them. The more the disease progresses, the more dependent the patients become (Neurology Institute, B.E. 2551). Therefore, they become a heavy burden on caregivers as provision of care to dementia patients is extremely difficult and complex, and it has to be done 24 hours a day (Siripan Sasat, B.E. 2549; Sirintorn Chansirikanjana, B.E. 2549; Suthichai Jitapankul, B.E. 2542). A study conducted by Davis and Tremont (2007) has revealed that about 50% of caregivers of dementia patients suffer from physical, psychological, emotional, social, and economic effects. The physical effects include back pain and body ache caused by incorrect lifting and moving of patients, fatigue and exhaustion, and lack of time for self-care, hence their own health problems. In terms of psychological effects, the caregivers can develop a variety of feelings including stress, sadness, guilt, anger, embarrassment, and emotional distress (Department of Mental Health, B.E. 2548; Piyaporn Chanpo, B.E. 2547; Rassada Rakkhanam, B.E. 2543; Davis & Tremont, 2007; Michon et al., 2005). With regard to social effects, it has been found that caregivers develop the feeling of isolation. They lack freedom to perform activities of daily living, and they do not have time to participate in social activities (Wannipa Sommanawan, B.E. 2537). Furthermore, the economic effects include loss of income as the caregivers have to take time off from work to take care of the patients, so they suffer from economic problems (Rassada Rakkhanam, B.E. 2543; Siripan Sasat, B.E. 2549; Somsong Juraitassanee, B.E. 2550). As a consequence, caregiving roles can eventually result in a high level of stress and sense of burdensome in caregivers (Jom Suwanno, B.E. 2542; Mitrani et al., 2006). When this happens, the quality of care provided to dementia patients will be adversely affected, and the caregivers themselves suffer various consequences, so they need assistance to reduce such undesirable effects of their caregiving roles.

Provision of assistance is necessary to make caregivers have positive feelings toward the patients, understand the patients, develop knowledge and skills for caregiving, adjust themselves to the caregiving roles and cope with stress, and increase their happiness and reduce their sadness, hence better quality of life and higher quality of care provided to dementia patients. A study of Tuanjai Pakdeeprom (B.E. 2548)

has reported that there are positive relationships between knowledge of care and social support of caregivers and caregiving ability of caregivers of elderly dementia patients. In general, there are three aspects of needs of caregivers of elderly patients with dementia—needs for psychological support, need for economic support, and need from the government or other agencies, with the need for psychological support being the most important need for elderly patients with dementia (Piyaporn Chanpo, B.E. 2547). Therefore, the provision of assistance that will directly address their problems and serve the needs of caregivers of elderly patients with dementia is to provide knowledge about the disease, caregiving and problem-solving skills, and provision of advice (Thompson, Spilsbury, Hall, Birks, Barnes, & Adamson, 2007). A study of Thompson et al. (2007) has shown that there a number of ways to provide assistance to caregivers of elderly patients with dementia including the computer technology group, psychoeducation group, and caregiver support group. They also report that the psychoeducation group can reduce caregiver burden and depression, while increasing self-care efficacy and problem-solving knowledge and skills (Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546; Acton & Kang, 2001; Thompson et al., 2007), which most directly addresses the problems and serves the needs of caregivers of elderly patients with dementia.

As a result, the researcher, who is a psychiatric nurse working at the elderly psychiatric unit of Srithanya Hospital and who is directly responsible for providing nursing care and rehabilitation to elderly patients with dementia as well as caregivers of elderly patients with dementia including informal caregivers who play a direct role to serve the needs for care of elderly patients with dementia, realizes the necessity and significance to develop a guideline for provision of therapy and assistance to caregivers of elderly patients with dementia using a health education group. Existing research on use of a mental health education in caregivers of elderly patients with dementia was analyzed. It was anticipated that the findings of the present study would shed light on evidence-based knowledge and understanding which could subsequently be applied to provide assistance to caregivers of elderly patients with dementia more effectively and reliably to benefit both the hospital and the community of elderly patients with dementia.

Purposes of the Study

The present study aims at analyzing evidence-based research on use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia in the following aspects: 1) types of psychoeducation groups, 2) components of psychoeducation groups including duration, contents of the psychoeducation groups, group leaders, and group members, and 3) outcomes of psychoeducation groups.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study would shed light on use of psychoeducation groups to be implemented to provide care and assistance to caregivers of older adults with dementia.

Definition of Terms

Older adults with dementia refer to elderly patients aged 60 years old and older who are diagnosed with dementia based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM-IV TR). That is, they are patients who have impairment in various aspects of memory which are manifested in the forms of inability to learn new information or recall the information that has already been learned. They also have more than one of the following abnormalities—language abnormality (aphasia), defective ability to carry out activities despite having normal muscular movements (apraxia), inability to memorize or learn about things despite normal sensory perceptions (agnosia), and abnormal executive functions including planning, processing, sequencing, and abstract thinking, leading to social and work defects and clearly observable impaired functioning. The prognosis of the disease begins slowly and the memory loss continuously worsens (Chakkrit Sukying, B.E. 2548; American Psychiatric Association, 2000).

Caregivers of older adults with dementia refer to informal caregivers who are the father, mother, or sibling of elderly patients with dementia who provide close and constant care to the patients. They are primary caregivers who directly and consistently provide care to older adults with dementia without any wages or monetary returns (Yupapin Sirapongam, B.E. 2539; Hunt, 2003).

Psychoeducation groups refer to a method to provide assistance that combines the provision of knowledge on the disease, morbidity, disability, problem-solving skills, as well as mental support and consultation to caregivers of older adults with dementia. They are a form of group therapy which is conducted by nurses or healthcare professionals who have specifically undergone training on how to conduct psychoeducation groups with caregivers of elderly patients with dementia. The aims of the psychoeducation groups are to provide information, increase problem coping skills, eliminate incorrect thinking, and establish networks (London, 2008; Lukens & Mcfarland, 2004). The psychoeducation groups provided to caregivers of older adults with dementia are composed of knowledge on dementia, stress coping skills, management of problematic behaviors of patients, and promotion of self-care efficacy of caregivers of elderly patients with dementia (Marano & Bravo, 2002).

Methodology

The present study aimed at analyzing research on psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia through a systematic review (Polit & Hungler, 1997). The steps involved in the analysis were as follows:

Search for information sources

Data sources: The information resources used in this study included academic evidence and research materials published both in Thailand and abroad, retrieved through manual searches conducted by the researcher and electronic resources. The search was conducted between January and June 2009 as follows:

1. Research and academic evidence in Thailand was retrieved from the databases of Mahidol University (Mulinet), Chulalongkorn University (Lib.car.chula), and Department of Health (dmh).
2. Research publication was retrieved from major medical and nursing databases including PubMed, Ovid, CINAHL, Highwire, ScienceDirect, Wiley interScience, ProQuest, and www.Cochrane.org.
3. Research and academic references were retrieved through manual searches from the libraries of different universities and organizations such as Department of Mental Health, Srithanya Hospital, Faculty of Medicine of

Ramathibodi Hospital, and the National Library, etc. In addition, references lists of the published research were used to search for full texts.

Keywords: The keywords used in the search for related research included dementia and psychoeducation, Alzheimer's and psychoeducation, caregiver and psychoeducation, and caregiver of dementia patients and psychoeducation.

Inclusion criteria: The inclusion criteria were as follows :

1. Type of intervention: Research on psychoeducation groups
2. Sample groups: Research conducted with caregivers of elderly patients with dementia with all genders and at all age groups
3. Research design: Experimental research or quasi-experimental research
4. Full texts: Available full texts

Exclusion criterion: Metaanalysis research

Guidelines on synthesis of research consisted of the following:

1. Evaluation of research quality

The criteria to evaluate research quality were proposed by the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divide the evidence into four levels as follows:

Level A refers to metaanalysis of randomized controlled trials (RCT) or single research which is a randomized controlled trial.

Level B refers to metanalysis of at least one randomized controlled trial, or evidence from research which is systematically designed but it is a non-randomized controlled trial, cohort study, or case-control study.

Level C refers to correlational research or descriptive research.

Level D refers to evidence derived from expert consensus.

2. Data extraction

Data extraction was conducted to analyze the research findings to derive at a body of knowledge on use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia. Data extraction was carried out with the following aspects taken into consideration:

- 2.1 Problem/purpose
- 2.2 Research design
- 2.3 Sample
- 2.4 Setting
- 2.5 Data collection
- 2.6 Method/intervention
- 2.7 Findings/results
- 2.8 Implementations/implications

After that, the extracted data were analyzed to conclude the findings on use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia.

Findings

1. Quality and sufficiency of research and academic references

In the present study, a total of 16 research studies were selected. Of these, 11 were categorized under Level A, and five were categorized under Level B. Moreover, there were 13 studies conducted overseas, and three carried out in Thailand. These studies were considered qualified and sufficient for the analysis.

2. Types and components of psychoeducation groups and use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia

2.1 Psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance

Of the 16 selected studies, there were ten which were about psychoeducation groups for caregivers of elderly patients with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance. Of these ten studies, six were categorized under Level A (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin-Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999), and four were categorized under Level B (Peerapon Lueboonthawatchai & Nantika Tawichachart, B.E. 2549; Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546; Veena Wittayajiakhajorn, B.E. 2549; Carmen & Marina, 2002). The findings of the analysis can be summarized as follows:

Duration of the therapy: The findings showed that the duration of the group activities ranged from three to 16 times, each lasting one to two hours, from two days to 24 weeks. The frequency of group activities ranged from two days in a row to once a week. It could be concluded that most of the studies involved six sessions of psychoeducation groups, with each session lasting two hours. There were five studies in which the psychoeducation groups were conducted once a week (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin-Cook et al., 2003; Onor et al., 2007; Ostwald et al., 1999). The total duration of most of the psychoeducation groups were six weeks (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007).

Types of activities and contents of the psychoeducation groups: The analysis revealed that the activities were mainly dissemination of knowledge in groups. The structure of knowledge dissemination consisted of lectures, discussions, questions and answers, skill practices, and role plays. As for the characteristics of the psychoeducation groups, the groups were closed groups with the same members who participated in the group activities from the beginning to the end in all ten studies. The equipment and tools used in the activities consisted of use of videos, computers, posters, and flipcharts (Veena Wittayajikhajorn, B.E. 2549). There were also manuals and pamphlets on knowledge of dementia (Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546). The contents of the psychoeducation groups in all ten studies were composed of dissemination of knowledge of dementia including the causes of dementia, pathology of dementia, diagnosis and screening of dementia, epidemiology, symptoms, duration of the sickness, stress management, knowledge of effects of dementia on patients and family caregivers, significance of caregivers, roles of caregivers, caregiving methods, management of patients' problematic behaviors, communication strategies, skill practices in provision of care, emotional management, and sources of support in the community (Carmen & Marina, 2002; Chien & Lee, 2008).

Group size: According to the analysis of research, the sizes of the groups ranged from three to 19 members, with eight to ten members in groups in five of the selected studies (Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546; Veena Wittayajikhajorn, B.E. 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007; Onor et al., 2007).

Group leaders: The persons who conducted the group activities were professional nurses (Chien & Lee, 2008; Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin-Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999), nurses who had experience providing care to patients with Alzheimer's disease (Chien & Lee, 2008), physicians (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007; Martin-Cook et al., 2003), psychiatrists (Onor et al., 2007; Peerapon Lueboonthawatchai & Nantika Tawichachart, B.E. 2549), social workers (Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546; Carmen & Marina, 2002), and clinical psychologists (Onor et al., 2007).

Participants: It was found that the participants in the psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance were primary caregivers of elderly patients with dementia who were in the initial or middle phases of the disease. They were stressed and saddened when they had to become caregivers of elderly patients with dementia. In one study, the questionnaire used by the researcher (Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546) indicated that most of the caregivers were females aged between 30 and 65 years, and they were mostly the spouse of the patients.

Outcomes of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance: The analysis of the ten research studies led to the following findings:

Outcomes on knowledge, skills, and caregiving efficacy

1. As for knowledge, it was found that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could increase the knowledge of caregivers immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Peerapon Lueboonthawatchai & Nantika Tawichachart, B.E. 2549; Carmen & Marina, 2002; Hepburn et al., 2007).

2. With regard to caregiving efficacy of caregivers, the findings indicated that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could increase the caregivers' caregiving efficacy at six months and 12

months after the experiment with statistical significance at $p = .000$ (Hepburn et al., 2005).

3. When it came to knowledge, skills, and practices, it was discovered that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could increase the knowledge and practices of caregivers immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Peerapon Lueboonthawatchai & Nantika Tawichachart, B.E. 2549).

Outcomes on psychosocial aspects and others

1. As regards caregiver burden, use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could reduce caregiver burden immediately after the experiment (Veena Wittayajiakhajorn, B.E. 2549; Chien & Lee, 2008; Oswald et al., 1999), at two and four months after the experiment (Onor et al., 2007), at the four-month follow-up (Onor et al., 2007), at five-month follow-up (Ostwald et al., 1999), and at the six-month follow-up with statistical significance at the .05 level (Chien & Lee, 2008).

2. Regarding depression, the findings revealed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could decrease depression with no statistical significance immediately after the experiment (Martin-Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999) and at two and four months after the experiment (Onor et al., 2007).

3. With regard to stress, the findings showed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could decrease stress from caregiving and general stress immediately after the experiment (Yaowapa Yongdeemitrapab, B.E. 2546).

4. When considering psychological distress, it was found that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could reduce the feelings of psychological distress of caregivers immediately after the

experiment when compared to the control group with statistical significance at $p = .05$ (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007).

5. As for role captivity, it was discovered that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could decrease the role captivity of caregivers immediately after the experiment with statistical significance at $p = .031$ (Hepburn et al., 2007).

6. In terms of anxiety, the findings indicated that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could reduce anxiety when a comparison was made within the experimental group before the experiment and at four months after the experiment with statistical significance at $p = .026$ (Onor et al., 2007).

7. With regard to quality of life, the findings revealed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could increase quality of life of caregivers immediately after the experiment and during the six-month follow-up with statistical significance at the .001 level at both times (Chien & Lee, 2008).

8. Regarding losses of sense of self, use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could reduce the loss of sense of self of caregivers immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Hepburn et al., 2007).

9. In terms of caregivers' reactions toward problematic behaviors of the patients, the findings showed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could reduce caregivers' reactions toward problematic behaviors of the patients at five months after the experiment with statistical significance at $p = .02$ (Ostwald et al., 1999).

10. As for use of services provided in the community, it was revealed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an

emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could reduce use of services provided in the community immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Chien & Lee, 2008).

11. Duration of use of services in the hospital, the findings showed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance could decrease use of services in the hospital immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Chien & Lee, 2008).

2.2 Psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management

Of the total 16 selected studies, there were six studies which involved the use of psychoeducation groups with caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management. Of the six studies, five were categorized under Level A (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008), and one was categorized under Level B (Gallagher-Thompson et al., 2003).

Duration of the therapy: According to the study findings, most of the studies involved the use of psychoeducation groups for eight times (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Martin-Carrasco et al., 2008), with each session lasting two hours (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003). In most studies, the sessions were conducted once a month (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003), and the total duration was eight weeks (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994).

Types of activities and contents of the psychoeducation groups: The analysis revealed that the activities were mainly dissemination of knowledge in groups. The structure of knowledge dissemination consisted of lectures, discussions, questions and answers, skill practices, role plays, and homework assignments. As for the characteristics of the psychoeducation groups with an emphasis on emotional management, the groups were closed groups with the same members who participated in the group activities from the beginning to the end in all six studies. The equipment and tools used in the activities consisted of documents on related topics such as

emotions and reactions of caregivers, as well as other documents such as behavioral problems of dementia patients (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994). The venues used in the organization of group activities were the healthcare center for dementia patients in the community (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Gallagher-Thompson et al., 2003), Alzheimer's Association, private organizations providing care to patients (Coon et al., 2003; Hébert et al., 2003), and outpatient clinics at a psychiatric hospital (Martin-Carrasco et al., 2008). Furthermore, the contents of the psychoeducation groups with an emphasis on emotional management could be divided into three main programs of stress management programs (Ducharme et al., 2005; Gallagher Thompson et al., 2003; Martin – Carrasco et al., 2008; Hebert et al., 2003), anger management programs (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994), and sadness management programs (Coon et al., 2003).

Group size: According to the analysis of research, the sizes of the groups ranged from three to 14 members, with most studies having seven to ten members in groups (Coon et al., 2003; Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994).

Group leaders: It was discovered that the group leaders came from different occupations such as the multidisciplinary team members of professional nurses and psychiatrists (Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson et al., 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994; Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008), clinical psychologists and social workers (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003; Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008), and resident physicians (Coon et al., 2003). These healthcare team members had experience giving care to dementia patients (Hébert et al., 2003), had experience being group leaders (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003), and had undergone training on how to conduct group activities (Martin-Carrasco et al., 2008).

Participants: The participants were primary caregivers who provided care to patients with dementia in all six studies. They were caregivers of patients with dementia whose behavioral problems appeared at least once a week (Hébert et al., 2003), were either male or female (Ducharme et al., 2005; Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008), and were a spouse or a child of the patients (Coon et al., 2003;

Ducharme et al., 2005; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994). In terms of age, it was found that caregivers were at least 21 years old (Gallagher-Thompson et al., 2003).

Outcomes of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management

1. As regards problem-solving strategies of caregivers, it was found that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could increase use of positive strategies to solve problems immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Coon et al., 2003) and at three months after the experiment with statistical significance at the .01 level (Gallagher-Thompson et al., 2003).

2. As for caregivers' depression, it was discovered that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could decrease depression of the experimental group immediately after the experiment with statistical significance at $p = .00$ (Gallagher-Thompson et al., 2003). When comparing the experimental group and the control group immediately after the experiment, it could be seen that depression reduced with statistical significance at $p = .02$ (Coon et al., 2003).

3. With regard to caregiver burden, the findings showed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could decrease caregiver burden at four months after the experiment with statistical significance at $p = .0083$ (Martin-Carrasco et al., 2008).

4. Regarding caregiving efficacy, the findings indicated that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could increase caregiving efficacy immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Coon et al., 2003).

5. In terms of unfriendly feelings of caregivers, the findings revealed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could decrease unfriendly feeling immediately after the experiment with statistical significance at $p = .01$ (Coon et al., 2003) and at

four months after the experiment with statistical significance at the .05 level (Gallagher-Thompson & DeVries, 1994).

6. When it came to the feeling of anger, it was shown that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could decrease caregivers' anger immediately after the experiment with statistical significance at $p = .02$ (Coon et al., 2003).

7. As for caregivers' mental health status, it was revealed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could improve caregivers' mental health status immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Martin-Carrasco et al., 2008).

8. Regarding frequency of caregivers' reactions toward disturbing behaviors of dementia patients, it was found that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could lessen the frequency of caregivers' reactions toward disturbing behaviors of dementia patients immediately after the experiment with statistical significance at the .01 level (Hébert et al., 2003).

9. With regard to sources of social support, the findings revealed that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could reduce negative reactions toward sources of social support at three months after the experiment with statistical significance ($p = .001$) (Gallagher-Thompson et al., 2003).

10. Regarding quality of life of caregivers, the study findings indicated that use of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management could increase quality of life of caregivers immediately after the experiment with statistical significance at the .05 level (Martin-Carrasco et al., 2008).

3. Instruments used to assess the outcomes of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia

According to the analysis, the instruments used to assess the outcomes of psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia were as follows:

1. The caregiver burden was assessed with four instruments including Zarit's caregiving burden scale consisting of 22 items (Hébert et al., 2003; Martin-Carrasco et al., 2008; Ostwald et al., 1999), The Caregiver Burden Inventory (CBI) (Onor et al., 2003), the Chinese version of the Family Caregiving Burden Inventory (Chien & Lee, 2008), and the Caregiving Burden Scale developed by Nopparat Chaichamni (Veena Wittayajiakhajorn, B.E. 2549).

2. Depression was assessed using three instruments including the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Gallagher-Thompson et al., 2003; Martin-Cook et al., 2003; Ostwald et al., 1999), Beck Depression Inventory (BDI) (Coon et al., 2003), and Depression subscale of Brief Symptom Inventory (Onor et al., 2007).

3. Caregiving efficacy was assessed using four instruments including the Care Recipient's Physical Self-Maintenance and Instrumental Abilities (Hepburn et al., 2005), six brief scales (Hepburn et al., 2007), Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (Coon et al., 2003), and Competence Dealing with Healthcare Staff (Ducharme et al., 2005).

4. Psychological distress was assessed with two instruments—The Psychological Distress Index (Ducharme et al., 2005) and the distress scale developed from several minor scales (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007).

5. Caregivers' stress was assessed using three instruments including the Stress Appraisal Measure (Ducharme et al., 2005), Caregiver Self-Assessment Questionnaire of the American Medical Association (Yaowapa Yongdeeimtrapab, B.E. 2546), and Caregiver Stress Scale (Peerapon Lueboonthawattchai & Nantika Tawichachart, B.E. 2549).

6. Frequency of behavioral problems of patients with dementia was assessed using the Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Chien & Lee, 2008) and the Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) (Hébert et al., 2003; Ostwald et al., 1999).

7. Coping strategies were assessed using two instruments—the Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003) and the Carers' Assessment of Managing Index (Ducharme et al., 2005).

8. Caregiver knowledge was assessed with two instruments—The Caregiver Knowledge Survey (Carmen & Marina, 2002) and the six brief scales on self-perception of understanding of care (Hepburn et al., 2007).

9. Anxiety was assessed using two instruments. They were the Anxiety Subscale of the Brief Symptom Inventory (Onor et al., 2007) and the State-Trait Anxiety Inventory (Hébert et al., 2003).

10. Quality of life of caregivers was assessed with two instruments; that is, the World Health Organization Quality of Life Scale (Chien & Lee, 2008) and the SF-36 Health Survey Questionnaire (Martin-Carrasco et al., 2008).

11. Role captivity was assessed using the Six Brief Scales (Hepburn et al., 2005; Hepburn et al., 2007).

12. Social support was assessed using two instruments—the Inventory of Socially Supportive Behaviors (Gallagher-Thompson et al., 2003) and the Family Support Services Index (Chien & Lee, 2008).

13. Caregivers' unfriendliness was assessed using the Multiple Affect Adjective Checklist (Coon et al., 2003; Gallagher-Thompson et al., 2003).

14. Beliefs and negative attitudes toward caregiving were assessed using the 28-item Beliefs About Caregiving Scale (Hepburn et al., 2005).

15. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) were assessed using the 30-item Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) scale (Peerapon Lueboonthawattchai & Nantika Tawichachart, B.E. 2549).

16. Anger was assessed with the State-Trait Anger Expression Inventory (Coon et al., 2003).

17. Caregiver resentment was assessed using the Caregiver Resentment Scale (Martin-Cook et al., 2003).

18. Use of healthcare services in the community was assessed using the Family Support Services Index (Chien & Lee, 2008).

19. Caregiver mental health status was assessed using the General Health Questionnaire (GHQ-28) (Martin-Carrasco et al., 2008).

20. Role overload was assessed using the Six Brief Scales (Durcharme et al., 2005).

21. Relational deprivation was assessed using the Six Brief Scales (Hepburn et al., 2005).

Limitations of the Study

When a comparison was made between the studies conducted in Thailand and those conducted overseas, it was found that all 13 of the studies carried out in a foreign country were randomized controlled trials or quasi-experimental studies which were reliable. However, it is worth noting that some of the studies did not offer detailed explanations of the group activities. There was also one research study which reported on initial research findings. In addition, in some of the selected studies, the instruments used to collect data were not specified, thus making it impossible for the researcher to analyze these studies thoroughly and in great details.

Recommendations

1. Implications of the findings at the researcher's institution

As regards the implementation of the study findings at the researcher's institution (Srithanya Hospital), it could be stated that as for nursing practices, an analysis of research on use of psychoeducation groups to provide care to caregivers of older adults with dementia has yielded the findings that could be applied by psychiatric nurses and practitioners of psychiatric nursing and mental health care to promote and assist caregivers of elderly patients with dementia. However, nurses need to have knowledge and experience in providing care to elderly patients with dementia and their caregivers. The practice guidelines for nurses are as follows:

1. Psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on provision of knowledge, caregiving skills, and psychological assistance are suitable for caregivers who just begin providing care to elderly patients with dementia to prevent stress, ensure better care given to patients, and prevent patients' problematic behaviors. The practice guidelines are as follows:

1.1 Duration of therapy: The group activities consist of six sessions, each lasting two hours, once a week, totaling six weeks.

1.2 The methods used in the psychoeducation groups are group processes which have a closed structure together with dissemination

of knowledge through lectures, discussions, questions and answers, role plays, and skill practices.

1.3 The venue can be a psychiatric ward for caregivers of elderly patients with dementia who are hospitalized and an elderly clinic for caregivers of elderly patients with dementia who are treated as outpatients. The rooms should be quiet and free from distraction, with about ten chairs arranged in the room. The equipment used in the group activities includes videos on knowledge of dementia, computer, posters, flipcharts, manuals on dementia, and pamphlets on dementia.

1.4 The contents of the six sessions should consist of the following:

- Dissemination of knowledge about dementia, causes, pathology, diagnosis and screening, epidemiology, symptoms, duration of the illness, and knowledge of pharmacological treatment
- Dissemination of knowledge on behavioral problems, management of patients' symptoms, and communication strategies to manage psychiatric symptoms of the patients
- Dissemination of knowledge on effects of dementia on patients, caregivers, and family
- Dissemination of knowledge on techniques of hygiene care of the patients and skill practices using role plays
- Dissemination of knowledge and practice of stress management
- Dissemination of information about sources of support in the community and various offers available for the patients

1.5 The group consists of eight to ten participants.

1.6 The group leaders are professional nurses with experience conducting group activities as well as experience providing care to Alzheimer's patients and patients with other forms of dementia. Other healthcare professionals may be invited to participate when the topics are relevant, but nurses remain the persons who play the most vital role in group activities.

1.7 Participants are primary caregivers who provide care to elderly patients who have the initial or middle phase of dementia. The caregivers suffer from stress and mental suffering caused by their caregiving duties. They range in age from 30 to 65 years old. In terms of relationships with the patients, they are spouses or children who provide direct care to and live with elderly patients with dementia, and they are able to attend all six sessions of the psychoeducation groups. On the other hand, caregivers who should not participate in the group activities are those who have serious vision or hearing impairment or are stricken with a brain disease that impairs their vision or hearing.

1.8 As for outcomes of psychoeducation groups and the assessment instruments, the outcomes should be specified in accordance with the designed psychoeducation groups such as the following:

- Caregiver burden can be assessed using Zarit's 22-item Revised Caregiver Burden Scale.
- Caregiver knowledge can be assessed using the Caregiver Knowledge Survey.
- Stress can be assessed using the Caregiver Self-Assessment Questionnaire of the American Medical Association.
- Caregiving efficacy can be assessed using the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy.
- Quality of life can be assessed using the World Health Organization Quality of Life Scale.

The assessment of the outcomes of psychoeducation groups should be assessed once before the implementation of psychoeducation groups, once after the participation has ended, and once during the six-month follow-up.

2. Psychoeducation groups for caregivers of older adults with dementia with an emphasis on emotional management are suitable for caregivers who have been providing care to elderly patients with dementia for a long period of time so as to help reduce the effects of caregiving duties. The practice guidelines are as follows:

2.1 Duration of therapy: The group activities consist of eight sessions, each lasting two hours, once a week, totaling eight weeks.

2.2 The methods used in the psychoeducation groups are group processes which have a closed structure together with dissemination of knowledge through lectures, discussions, questions and answers, role plays, skill practices, and homework assignments. Documents are also distributed for participants to read in related issues such as emotions and reactions of caregivers, as well as patients' behavioral problems.

2.3 The venue can be a psychiatric ward for caregivers of elderly patients with dementia who are hospitalized and an elderly clinic for caregivers of elderly patients with dementia who are treated as outpatients. The rooms should be quiet and free from distraction, with about ten chairs arranged in the room. The equipment used in the group activities includes videos on knowledge of elderly patients with dementia, computer, posters, flipcharts, and manuals on stress control, caregiving stress, and problem-solving techniques.

2.4 The contents of the knowledge disseminated during the group activities should emphasize emotional management. The contents of the eight sessions consist of 1) provision of information about dementia, 2) control of tension and stress caused by caregiving, 3) strategies to solve patients' behavioral problems, 4) increase of satisfaction in life, 5) control of stressors, 6) restructuring strategies and techniques, 7) problem-solving techniques, and 8) rewarding techniques.

2.5 The group consists of seven to ten participants.

2.6 The group leaders are professional nurses who have undergone training on how to conduct group activities and how to be group leaders. They have experience providing care to dementia patients. Other healthcare professionals may be invited to participate when the topics are relevant, but nurses remain the persons who play the most vital role in implementation of group activities.

2.7 Participants are primary caregivers who provide care to elderly patients who have behavioral problems. They are at least 21 years old, and can range in age from 30 to 65 years old. In terms of relationships with the patients, they are spouses or children who provide direct care to and live with elderly patients with dementia. Moreover, they suffer from caregiving burden. On the other hand, caregivers who should not participate in psychoeducation groups are those who have

mental health problems including severe depression, alcoholism, unstable emotions, suicidal thoughts, and abusive behaviors.

2.8 As regards outcomes of psychoeducation groups and the assessment instruments, the outcomes should be specified in accordance with the designed psychoeducation groups such as the following:

- Caregiver depression can be assessed using the 20-item Self-Report for Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).
- Stress coping strategies can be assessed using the Revised Ways of Coping Checklist.
- Psychological distress can be assessed using the Psychological Distress Index, an adapted version of the Psychiatric Symptoms Index.
- Caregiver burden can be assessed using Zarit's 22-item Revised Caregiver Burden Scale.
- Stress can be assessed using the Stress Appraisal Measure.
- Anxiety can be assessed using the State-Trait Anxiety Inventory.
- Quality of life can be assessed using the SF-36 Health Survey Questionnaire.
- Social support can be assessed using the Inventory of Socially Supportive Behaviors.
- Caregivers' mental health status can be assessed using the General Health Questionnaire (GHQ-28).

The assessment of the outcomes of psychoeducation groups should be assessed once before the implementation of psychoeducation groups, once after the participation has ended, and once during the six-month follow-up.

2. Recommendations for further research

2.1 As there are few research studies on use of psychoeducation groups with caregivers of older adults with dementia conducted in Thailand, more studies should be conducted to generate further evidence-based research whose findings can be used as a guideline to increase efficiency and

effectiveness of provision of assistance and care to caregivers of elderly patients with dementia.

2.2 Research should also be carried out to find ways to prevent caregivers of elderly patients with dementia from suffering from the effects of caregiving duties and eventually developing mental health problems.



รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2548). *ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. (2546). *แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2552). *คู่มือการทำกลุ่มเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. นนทบุรี: ม.ป.พ.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อม โรคหรือวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- จอม สุวรรณโณ. (2542). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 47(3), 147-157.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2548). *โรคสมองเสื่อม*. ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). *คู่มือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- เตือนใจ ภักดีพรหม. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). *โครงการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์*. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ ฮาโมนี.
- นันทิกา ทวิชาชาติ พวงสร้อย วรกุล และพชรวุฒิ กาญจนนาคินทร์. (2545). แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์: ฉบับภาษาไทย. *วารสารพยาบาลวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*, 3(1), 21-31.
- ปิยภรณ์ จันทร์โพธิ์. (2547). *สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมือง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรรณิ จันทรอินทร์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มา
รับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2549). ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อ
ความรู้เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
อัลไซเมอร์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 50(8), 541-53.
- เพ็ญพรรณ พรหมนารถ. (2540). การพัฒนาคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคลากร
พยาบาล. รายงานการวิจัยกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- มาโนช ทับมณี. (2544). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขต
กรุงเทพมหานคร. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 32(2), 43-57.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM - IV*
ฉบับภาษาไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามารับดีพยาบาล*
สาร, 2, 84 – 92.
- เยาวภา ขงดีมิตรภาพ. (2546). ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2541). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชฎา รักษนาม. (2543). สภาวะครอบครัวยในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม.
วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 1(4), 31-37.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2544). การรักษาโรคอัลไซเมอร์. ในศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2549). *การ*
พยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพมหานคร: บริษัท
เอกทิฟ พริน จำกัด.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2540). *การพยาบาลครอบครัว*. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญาปี 2551*. นนทบุรี: ชุมชุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2552). *คู่มือการทำกลุ่มเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแล*
ผู้ป่วยสมองเสื่อม. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2545). การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2549 จาก [http://www.Geocities.com/ Alzheimerasso](http://www.Geocities.com/Alzheimerasso).
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2541). กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. ภาควิชาการบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). ช่วยความจำ: ทำอย่างไร? ในกิจกรรมประจำวัน. วารสารผู้สูงอายุ, 19(2), 37-39.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ เชาว์ชิง. (2545). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน จังหวัดนครราชสีมา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วันเพ็ญ เชาว์ชิง และเกรกศ พรหมดี. (2544). การศึกษาอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน จังหวัดนครราชสีมา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วีณา วิทย์เกษกร. (2549). ศึกษาการให้ความรู้และประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar, R. และ Newens, A. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย : การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(4), 15 - 24.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอกทิฟ ฟรีน จำกัด.
- สกวรัตน์ เทพประสงค์. (2548). อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. (2551). การจัดการความรู้เรื่อง โรคสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิต (BPSD). ในกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบบริการสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2550). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (น 1-6). กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.
- สมพร บุษราทิจ ธานี เศรษฐจันทร์ และกนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2551). จิตเวชทันยุค 2552. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สามารถ นิธินันท์. (2540). การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย. เวชสารแพทย์ทหารบก, 50(4), 189-196.
- สิรินทร นันศิริกาญจน. (2544). สมองเสื่อม (Dementia) ในการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.
- สิรินทร นันศิริกาญจน. (2549). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม: สื่อสุขภาพ. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.
- สิรินทร นันศิริกาญจน. (2552). สมองเสื่อมคืออะไร สมองเสื่อมกับสมองฝ่อเหมือนกันหรือไม่? จะทราบได้อย่างไรว่าขี้ลืม (ธรรมดาๆ) หรือโรคสมองเสื่อม. เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2552 จาก <http://www.azthai.org/articles/a01.html>.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2545). คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มิเดีย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพฐ พลุเจริญ, และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี สมบูรณ์. (2548). ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพินธุ์ โสวัณณะ. (2541). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรรณณ ลือบุญรัชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี. (2543). แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (MMSE) และแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 36(2), 89-97.
- อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ. (2547). *ประสิทธิผลของรูปแบบสุขภาพศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วย cognitive disorders. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์.
- Acton, G. J., & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta- analysis. *Nursing & Health*, 24, 349-360.
- Adkins, V. K. (1999). Treatment of depressive disorders of spousal caregivers of persons with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(5), 289-293.
- Agronin, M. E., & Maletta, G. J. (2006). *Principle and Practice of Geriatric Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association. (2000). Delirium, Dementia, and Amnestic and other Cognitive Disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed.) (pp. 123-155). Washington, DC: Authur.
- American Psychiatric Association. (2007). *Practice guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementia*. American Psychiatric Association (October 2007). Retrieved December 28, 2007 from <http://www.doi:10.1176/appi.books.9780890423967.152139>.
- American Psychiatric Association. (2008). Delirium, Dementia, and Amnestic and other Cognitive Disorders. In *Desk Reference To The Diagnostic Criteria Form DSM- IV- TR* (pp. 82-95). Arlington, VA: Authur.
- Berger, G., Bernhardt, T. Weimer, E., Peters, J., Kratzsch, T., & Frolich, L. (2005). Between Symptomatology of Dementia and Levels of Subjective Burden and Depression

- among Family Caregivers in Memory Clinic Patient. *Geriatric Psychiatry Neurology*, 18, 119-128.
- Bottino, M.C., Azevedo, D., Tatsch, M., Hototian, S. R., Moscoso, M. A., & Folquitto, J. (2008). Estimate of Dementia Prevalence in a Community Sample from Sao Paulo, Brazil. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 291–299.
- Bourgeois, J. A., Seaman, J. S., & Servis, M. E. (2003). Delirium, dementia, and amnestic disorders. In Townsend, M.C., *Psychiatric Mental Health : Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (4th ed.) (pp. 239-240). Philadelphia: Davis company.
- Boyle, L. L., Ismail, M. S., & Porsteinson, A. P. (2006). The Dementia Workup. In Agronin, M.E., & Maletta, G. J., *Principle and Practice Of Geriatric Psychiatry* (pp. 138-152). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bush, A. (2009). Alzheimer’s disease. In *Symposia Dementia 2009* (p1-50). Melbourne: n.p.
- Carmen, L.M., & Marina, B. (2002). A Psychoeducational Model for Hispanic AD’s Caregivers *The Gerontologist* , 42(1), 122 – 126.
- Chien, W. T. & Lee, Y. M. (2008). A Disease Management Program for Families of Persons in Hong Kong with Dementia. *Psychiatric Services*, 59, 433–436.
- Chiu, E. (2009). Understanding the biological underpinning of BPSD and treatment. In *Symposia Dementia 2009*. (pp1 - 10). Melbourne: n.p.
- Clare, L. (2008). Neuropsychological rehabilitation and people with dementia / Linda Clare. *Neuropsychological Rehabilitation*. (pp. 138-163). Hove [England] Psychology Press.
- Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and Depression management: Psychoeducational Skill Training interventions for Woman Caregivers of a Relatives with Dementia. *The Gerontologist*, 43(5), 678 - 689.
- Corrada, M. M., Brookmeyer, R., Berlau, D., Paganini-Hill, A., & Kawas, C. H. (2008). Prevalence of dementia after age 90. *Neurology*, 71, 337 - 343.
- Dartigues, J - F. (2004). Epidemiology and prevalence of Alzheimer’s disease and risk factors. *Psychogeriatric*, 4, 120–123.

- Davis, J. D., & Tremont, G. (2007). Impact of Frontal Systems Behavioral Functioning in Dementia on Caregiver Burden. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19, 43 – 49.
- DeKosky, S. T., Williamson, J. D., Fitzpatrick, A. L., Kronmal, R. A., Ives, D. G., & Saxton, J. A. (2008). Ginkgo biloba for Prevention of Dementia: A Randomized Controlled Trial. *American Medical Association*, 300(9), 2253-2730.
- Department of Public Health, State of California. (2008). *Guidelines for Alzheimer's Disease Management*. California: Author.
- Depp, C., Krisztal, E., Cardenas, V., Oportot, M., Mausbach, B., & Ambler, C. (2003). Treatment Options for Improving Wellbeing in Dementia Family Caregivers: The Case for Psychoeducational Interventions. *Clinical Psychologist*, 7(1), 21-31.
- Ducharme, F., Levesque, L., Lachance, L., Giroux, F., Legault, A., & Previle, M. (2005). Taking Care of Myself: Efficacy of an intervention programme for caregivers of a relative with dementia living in a long- term care setting. *Dementia*, 4(1). 23 - 47.
- Family Caregiver Alliance. (2009). *A Policy Framework to Support California's Family Caregivers*. Retrieved August 28, 2007 from <http://www.caregiver.org>.
- Farlow, M. R., Miller, M. L. & Pejovic, V. (2008). Treatment Options in Alzheimer's Disease: Maximizing Benefit, Managing Expectations. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, 408 – 422.
- Fauman, M.A. (2002). *Study Guide to DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association, 61-70.
- Feil, D. G., MacLean, C., & Sultzer, D. (2007). Quality Indicators for the Care of Dementia in Vulnerable Elders. *American Geriatric Society*, 55(S2), S293-S301.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L.W. (2003). Change in Indices of distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives with dementia: Site-Specific Result from the REACH National Collaborative Study. *The Gerontologist*, 43(4), 580-591.
- Gallagher-Thompson, D., & DeVries, H. M. (1994). Coping With Frustration Classes: Development and Preliminary Outcomes With Woman Who care for Relatives With Dementia. *The Gerontologist*, 34(4), 548-552.
- Gerdner, L.A., Buckwalter, K. C., & Reed, D. (2002). Impact of a Psychoeducational Intervention on Caregiver Response to Behavioral Problems. *Nursing Research*, 51(6), 363-374.
- Hamdy, R.C., Turnbull, M. J., & Lancaster, M. M. (1994). *Alzheimer 's disease a handbook for caregiver*. USA: Mosby
- Hebert, R., Lévesque, L., Vézina, J., Lavoie, J- P., Ducharme, F., Gendron, C., et al. (2003). Efficacy of a Psychoeducative group program for Caregivers of Demented Persons Living at Home: A randomized controlled Trial. *Journal of Gerontology*, 58B(1), S58-S67.
- Hepburn, K. W., Lewis, M., Nalayan, S., Center, B., Tornatore, J., Bremer, K. L., et al. (2005). Partners in Caregiving: A Psychoeducation Program Affecting Dementia Family Caregivers' Distress and Caregiving Outlook. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 53-69.
- Hepburn, K.W., Lewis, M., Tornatore, J., Sherman, C.W., & Bremer, K.N. (2007). The Demonstrated Effectiveness of a Transportable Dementia Caregiver Psychoeducation Program. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 30-36.
- Herrmann, N., Lanctot, K. L., Rothenburg, L. S. & Eryavec, G. (2007). A Placebo-Controlled Trial of Valproate for Agitation and Aggression in Alzheimer's Disease. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 23, 116-119.
- Hogan, D. B., Bailey, P., Black, S., Carswell, A., Chertkow, H., Clarke, B., C. et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. *Canadian Medical Association*, 179(10), 1019-1026.
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in Caregiver Research. *Nursing Scholarship*, 35(1), 27-32.

- Ibrahim, N. M., Shohaimi, S., Chong, H-T, Hamid, A., Rahman, A., Razali, R., et al. (2009). Validation Study of the Mini-Mental State Examination in a Malay-Speaking Elderly Population in Malaysia. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 27, 247–253.
- Ikejima, C., Yasuno, F., Mitsukami, K., Sasaki, K., Tanimakai, S., & Tanimukai, S. (2009). *Prevalence and Causes of Early-Onset Dementia in Japan A Population-Based Study* *stroke*, 40, 2709-2714.
- Jalbert, J. J., Daiello, L. A., & Lapane, K. L. (2008). Dementia of the Alzheimer Type. *Epidemiologic Reviews*, 30, 15-34.
- Kertesz, A. (2006). Frontotemporal Dementia. In Agronin, M. E., Maletta, G. J., *Principle and Practice of Geriatric Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laine, C., & Goldmann, D. (2008). In the Clinic Dementia. *Annals of International Medicine*, 148(7), 1-16.
- Lee, D. y., Lee, J. H., Ju, Young- Su., Lee, K. U., Kim, K. W., & Jhoo, J. H., et al. (2002). The prevalence of dementia in older people in an Urban population of Korea: The Soul study. *The American geriatric society*, 50(7), 1233 -1239.
- London, F. (2008). Psychoeducation: Patient education gets respect. *Home Healthcare Nurse*, 26 (4), 209-211.
- Lukens, E. P. & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation As Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research and Policy. *Brief Treatment and Crisis intervention*, 4(3), 205-225.
- Marano, C. L. and Bravo, M. (2002). A psychoeducational model for Hispanic Alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist Society of America*, 42(1), 122-126.
- Marram, G. D. (1978). *The Group approach in nursing practice* (2nd ed). Saint louis: C.V.Mosby.
- Martí'n-Carrasco, M., Martí'n, M.F., Valero, C. P., Milla'n, P. R., Garcí'a, C. I., Montalba'n S. R., et al. (2008). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Retrieved July 18, 2009, from <http://www.interscience.wiley.com>.
- Martin-Cook, K., Remakel-Davis, B., Svetlik, D., Hynan, L. S., & Weiner, M.F. (2003). Caregiver attribution and resentment in dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(6), 366-374.

- McKeith, I. G. (2006). Dementia with Lewy Bodies. . In Agronin, M. E., Maletta, G. J., *Principle and Practice of Geriatric Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McMurtray, A., Nakamoto, B., Shikuma. C., & Valcour, V. (2007). Small-Vessel Vascular Disease in Human Immunodeficiency Virus Infection: The Hawaii Aging with HIV Cohort Study. *Cerebrovascular Disiseases*, 24, 236–241.
- Mehlig, K., Skoog, I., Guo, X., Schutze, D., Gustafson, M. Waern, M., et al. (2008). Alcoholic Beverages and Incidence of Dementia: 34-Year Follow-up of the Prospective Population Study of Women in Goteborg. *American Journal of Epidemiology*, 67, 684–691.
- Michon, A., Webe, K., Rudhard-Thomazic, V. & Giannakopoulos, P. (2005). Dynamic process of family burden in dementia caregiving: a new field for psychotherapeutic interventions. *Psychogeriatrics*, 5, 48–54.
- Mimura, M., Komatsu, & Shin-ichi. (2007). Cognitive rehabilitation and cognitive training for mild dementia. *Psychogeriatrics*, 7(3), 137-143.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of American Geriatric Society*, 53, 695–699.
- Neary, S.R. & Mahoney, D.F. (2005). Dementia Caregiving: The Experiences of Hispanic/Latino Caregivers. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(2), 163-170.
- Norman, L., Keltner, Lee. H.S., & Bostrom, C. E. (1999). *Psychiatric Nursing* (3rd ed.). Missouri: Mosby, Inc.
- Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Alessandra, S., Saina, M., & Aguglia, E. (2007). Impact of a Multimodal Rehabilitative Intervention on Demented Patients and Their Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(4), 261-272.
- Ostwald, S.K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational Intervention for Caregivers of Persons with Dementia. *The Gerontologist*, 39(3), 299-309.

- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their methods. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Parker, D., Mills, S. & Abbey, J. (2008). Effectiveness of Interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Evidence Base Healthcare*, 6, 137-172.
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research: Method, Appraisal and Utilization* (4th ed). Philadelphia: Lippincott-Ravin.
- Quayhagen, M. P. & Quayhagen, M. (2001). Testing of a cognitive stimulation intervention for dementia caregiving dyads. In Clare, L. & Woods R. T. (eds.). *Cognitive Rehabilitation in Dementia*. Hove: Psychology Press.
- Rabins, P. V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L. s., & Tariot, P. N. (2007). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias* (2nd ed.). Retrieved July 18, 2009, from [http:// www.psych.org](http://www.psych.org).
- Raskin, A., Mghir, R., Prszke, M., & York, D. (1998). A psychoeducational Program for Caregivers of the chronic mentally ill Residing in community Residencies. *Community mental health*, 34(4), 393-402.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schuelz, R., Martire, L. M., & Klinger, J. N. (2005). Evidence Based caregiver interventions In Geriatric Psychiatry. *Psychiatric Clinic of North America*, 28, 1007-1028.
- Snellgrove, C. A., & Hecker, J. R. (2005). Brief checklist for non-cognitive symptoms of dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 24(2), 88 – 93.
- Stolley, J. M., Reed, D. & Buckwalter, K. C. (2002). Caregiving appraisal and interventions based on the progressively lowered stress threshold model. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(2), 110-120.
- Szekely, C. A., Breitner, J. C. S., Fitzpatrick, A. L., Rea, T. D., Psaty, B. M., Kuller, L. H., et al. (2008). NSAID use and dementia risk in the Cardiovascular Health Study. *Neurology*, 70, 17-24.

- Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. (2007). Systematic review of Information & Support Intervention for Caregivers of People with Dementia. *BMC Geriatric*, 7(18), 1-12.
- Tornatore, J. B. & Grant, L. A. (2002). Burden among Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 42(4), 497-506.
- Toseland, R. W. & Smith, T. L. (2006). The Impact of a Caregiver Health Education Program on Health Care Costs. *Social Work Practice*, 16(1), 9-19.
- Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric Mental Health: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (3rd ed.). Philadelphia: Davis company.
- Townsend, M.C. (2008). *Psychiatric Mental Health: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (4th ed.). Philadelphia: Davis company.
- Van Dongen, M.C., Van Rossum, E., Kessels A. G., Sielhorst, H. J., & Knipschild, P.G. (2000). The efficacy of Ginkgo for elderly people with dementia and age-associated memory impairment: New results of a randomized clinical trial. *American Geriatric Society*, 48, 1183-1194.
- Wilkins, S. S., Castle, S., Heck, E., Tanzy, K. & Fahey, J. (1999). Immune Function, Mood, and Perceived Burden among Caregivers Participating in a Psychoeducational Intervention. *Psychiatric services*, 50(6), 747-749.
- Wilson, H. S. & Kneisl, C. R. (1992). *Psychiatric Nursing* (4th ed.). California: Adderson-Wesley.
- Winblad, B., Kilander, L., Eriksson, S., Minthon, L., Batsman, S., Wetterhalm, A.L. Janson-Blixt, C. & Haglund, A. (2006). Donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: Double-blind, parallel-group, placebo-controlled study. *Lancet*, 367, 1057-65.
- Woods, R. T. (1999). *Psychological Problems of Ageing*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Woodward, M. (2009). Dementia and Alzheimer's Disease. In *Symposia Dementia* (pp.2-51). Melbourne: n.p.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books Inc., Publishers.
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodriguez, E., Cabrera, E., Diaz, M., Gallart, A., et al. (2008). Informal Caregiving: Perceived Needs. *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 166-172.



ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia.

ผู้แต่ง Ostwald, S.K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R.

แหล่งตีพิมพ์/ปี The Gerontologist, 39 (3), 299-309./1999

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ในการเพิ่ม การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และ ลดความรู้สึกละอายและภาวะ ซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
Design	A experimental research (Randomized ,Two group pre-post test design))
Level	A
Setting	จากคลินิกความจำเสื่อมหลายแห่งใน มินเนโซต้า คลินิกวิจัยผู้สูงของ โรงพยาบาลทหารผ่านศึกในมินิอาโพลิส, St Paul Alzheimer association และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป
Sample	กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มจาก คลินิกความจำ เสื่อมหลายแห่งใน มินเนโซต้า คลินิกวิจัยผู้สูงของโรงพยาบาลทหาร ผ่านศึกในมินิอาโพลิส, St Paul Alzheimer association และ โรงพยาบาลชุมชนทั่วไป เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้ป่วยวินิจฉัยว่า เป็น โรคสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ 2. ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนย่านนั้น 3. มีภาวะ mild to severe dementia 4. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม ประเมินโดยการรับรู้ของผู้ดูแล 5. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ดูแลของตนเอง อย่างน้อย 2 สัปดาห์แรกของการจัดกระทำ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample(ต่อ)	6. เป็นผู้ดูแลหลักและต้องมี สมาชิกอย่างน้อย 1 คนในครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักมาเข้าร่วมกลุ่มด้วย เกณฑ์การคัดออก - ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ ต้องการ total care กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 ครอบครัวแบ่งเป็น - กลุ่มทดลองจำนวน 72 ครอบครัว กลุ่มควบคุมจำนวน 45 ครอบครัว และ หลังจากดำเนินการไปแล้วเหลือ 94 ครอบครัว
Research outcome and Instrument	1. ภาระการดูแลประเมินโดยเครื่องมือวัดภาระการดูแล ชนิด 22-item Revised Caregiver Burden Scale 2. ความรู้สึกซึมเศร้าของผู้ดูแล ประเมินโดย 20-item self report for Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) 3. ความถี่ของอาการทางพฤติกรรม และ พฤติกรรมของผู้ดูแล ประเมินโดย the Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)
Data collection	การเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาทั้งหมด 5 เดือน 1. ก่อนการทดลอง 2. หลังการทดลองที่ระยะ 3 เดือนหลังจากเก็บข้อมูลครั้งแรก 3. ติดตามผลที่ระยะ 5 เดือนหลังจากเก็บข้อมูลครั้งแรก
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมใช้รูปแบบ education, family support และ skill training เนื้อหาที่ให้อ่านเน้นดังต่อไปนี้ 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และ ผลกระทบของโรค ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ครอบครัวทั้งระบบ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	2. พัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 3. เพิ่มความมั่นใจ และ ความเชื่อของผู้ดูแล ว่าตนเองสามารถมีสมรรถภาพในการจัดการกับกิจวัตรประจำวันและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้ 4. ส่งเสริมการรับรู้ และการสื่อสาร รวมถึงความร่วมมือ ระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวให้ตรงกันในเรื่อง ความเสื่อมถอยของผู้ป่วยสมองเสื่อม พร้อมทั้งช่วยให้ ครอบครัวสามารถทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาต่างๆ - ทำรูปแบบกลุ่ม ประกอบด้วยผู้ดูแลและครอบครัว โดยแบ่งเป็น 16 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 4-7 คน สมาชิกในครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 5- 15 คน - จำนวน 7 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง รวม 14 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ใน 7 ครั้ง ประกอบด้วย - ครั้งที่ 1 - 4 ของการทำกลุ่ม จะให้ การบรรยาย วิดีโอ ของผู้ป่วยที่มีภาวะเข่าปัญญาที่เสื่อมถอยต่างกัน และให้ทำแบบฝึกหัด ที่แสดงถึง ความเสื่อมถอยและผลกระทบ ต่อบุคคล ครอบครัว และความสามารถด้านเข่าปัญญา (cognitive functioning level) - ครั้งที่ 5 จะให้ผู้ดูแล และครอบครัว ดู วิดีโอของครอบครัวตนเอง ซึ่งใช้ หลักการของการประเมิน cognitive performance test ในครั้งนี้ ครอบครัวจะได้ทราบผลของการประเมินความสามารถด้านเข่าปัญญา - ครั้งที่ 6-7 จะเน้นการพัฒนา และจัดการทักษะการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มควบคุม ได้ร่วมกิจกรรมตามปกติ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ผู้ดำเนินการกลุ่ม: ผู้นำในการทำกลุ่ม ต้องประกอบด้วยอย่างน้อย 2 คนในทีมสหวิชาชีพ ดังนี้คือ พยาบาล, นักอาชีวบำบัด นักครอบครัวบำบัด และนักการศึกษา
Statistical analysis	Repeated measures ANOVA ทดสอบความต่างระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
Results	จาก 117 ผู้ป่วยสมองเสื่อม และครอบครัว 72 ครอบครัว เป็น intervention group, 45 ครอบครัว เป็น control group และ หลังจาก ดำเนินการไปแล้ว 94 ครอบครัว complete การให้ program ทั้งหมด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ดูแลอายุเฉลี่ย 65.6 ปี 65% เป็นเพศหญิง 74.7% การศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ ไม่มีความแตกต่างกัน ผลลัพธ์การวิจัย 1. เปรียบเทียบคะแนนการะการผู้ดูแล Within group - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนการะการผู้ดูแลหลังการทดลอง และก่อนการทดลองพบว่า คะแนนการะการผู้ดูแล หลังการทดลอง เพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .50, p = .62$) - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนการะการผู้ดูแลหลังการติดตามผล 5 เดือนและก่อนการทดลองพบว่าคะแนนการะการผู้ดูแล หลังการ ติดตามผล 5 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.53, p = .005$) - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนการะการผู้ดูแลหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 5 เดือนพบว่าคะแนนการะการผู้ดูแล หลังการ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ติดตามผล 5 เดือนลดลงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.23, p = .03$) เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 5 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกเป็นภาระหลังการทดลอง 5 เดือนลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.53, p = .005$) - กลุ่มควบคุมเปรียบเทียบคะแนนภาระการผู้ดูแลหลังการทดลองและก่อนการทดลองพบว่า คะแนนภาระการผู้ดูแลหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .77, p = .45$) - กลุ่มควบคุมเปรียบเทียบคะแนนภาระการผู้ดูแลหลังการติดตามผล 5 เดือนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนภาระการผู้ดูแล หลังการติดตามผล 5 เดือนเพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.38, p = .005$) Between group เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองและหลังการติดตามผล 5 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองเวลา 2. เปรียบเทียบความรู้สึกลึกซึมเศร้าของผู้ดูแล Between group เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.19$ 3. ปฏิกริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย เปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 5 เดือน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	และ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 5 เดือน คะแนนเฉลี่ยปฏิกิริยาของกลุ่มทดลองต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยลดลง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .02$ และหลังการทดลอง 12 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Implications	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจากงานวิจัยนี้สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และสามารถลดปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย Psychoeducational Model for Hispanic AD's Caregivers

ผู้แต่ง Carmen, L.M., & Marina, B.

แหล่งตีพิมพ์/ปี The Gerontologist , 42(1), 122 – 126 / 2002

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ใน 4 เป้าหมาย คือ 1. เพิ่มความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความก้าวหน้า และการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ 2. กระตุ้นการตระหนักรู้เกี่ยวกับแหล่งให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล 3. พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ 4. เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล
Design	A quasi-experimental research (One group pre-posttest design)
Level	B
Setting	ศูนย์ความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ และคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก setting ตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ 2. มีเชื้อชาติลาติน (Hispanic) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นบุตรจำนวน 10 คน และที่เป็นคู่สมรสจำนวน 10 คน (เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ A snowball sampling [เป็นวิธีบอกต่อกัน] เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย)
Research outcome and Instrument	ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความก้าวหน้า และการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ประเมินโดย The Caregiver Knowledge Survey เป็นแบบสอบถามที่ถามความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การรักษา การดำเนินของโรค

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	และการจัดการ โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
Data collection	เก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
Intervention	ผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งใช้รูปแบบ education, support group โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 4 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 20 ชั่วโมง - ทำกลุ่มทุกวันติดต่อกันในช่วงเช้า เวลา 9 am – 1pm. - มีการจัดบริการผู้ดูแลทดแทนชั่วคราว และบริการการเดินทางให้กับผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมการวิจัยฟรี - ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เกษีกร และอื่นๆ ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในแต่ละหัวข้อของการให้สุขภาพจิตศึกษา และสามารถพูดภาษาละตินได้ การทำกลุ่ม 5 ครั้งประกอบด้วย ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) เน้นการให้ความรู้เพื่อแก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ทราบแนวทางการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษา และเริ่มต้นการพัฒนากลุ่ม - สมาชิกกลุ่มแนะนำตัว - การบอกตารางการทำกิจกรรมของวันที่ 1 - ช่วงแรก เป็นการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ และการดำเนินของโรค - ช่วงที่ 2 เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและ องค์ความรู้จากงานวิจัยในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรค

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- <u>ช่วงที่ 3</u> เกณฑ์การพูดคุยและอภิปรายกับสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคในปัจจุบัน - <u>ช่วงที่ 4</u> (ช่วงสุดท้าย) อภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ครั้งที่ 2 (วันที่ 2) - <u>ช่วงแรก</u> สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับ : อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์จะเริ่มทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหา : วิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้น เช่น สอนเทคนิค redirecting และ distracting : การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย - <u>ช่วงที่ 2</u> สอนเทคนิคในการดูแลความสะอาดผู้ป่วยเช่น การให้อาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ - <u>ช่วงที่ 3</u> เน้นการฝึกทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วยการสื่อสารกับผู้ป่วย การสื่อสารกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะที่ไม่สามารถพูดภาษาละตินได้ - <u>ช่วงที่ 4</u> (ช่วงสุดท้าย) เน้นพูดคุยเกี่ยวกับความคาดหวังตามวัฒนธรรมของผู้ดูแล ครั้งที่ 3 (วันที่ 3) - <u>ช่วงแรก</u> เน้นอภิปรายถึงความสำคัญของหลักการดูแลผู้ป่วย ซึ่งควรมีแบบแผนและโครงสร้าง และชนิดของกิจกรรมที่สามารถใช้ได้ที่บ้าน - <u>ช่วงที่ 2</u> เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วย ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้ เช่น day care, respite เป็นต้น การเข้าถึงการบริการ และเทคนิคการจัดการกับการต่อต้านของผู้ป่วยในการมารับบริการ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- <u>ช่วงที่ 3</u> ตัวแทนท้องถิ่นจากสมาคมโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มาพูดคุยและอภิปรายเกี่ยวกับการบริการที่สมาคมจัดให้และการเข้าถึงบริการ- - <u>ช่วงที่ 4</u> (ช่วงสุดท้าย) เป็นการทำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เน้นให้เห็นว่ากลุ่มนี้สามารถช่วยผู้ดูแลในประเด็นใดได้บ้าง เช่น เทคนิคการจัดการผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นจริงที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เคยเข้ากลุ่มพูดคุยถึงประสบการณ์ที่ดีที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม ครั้งที่ 4 (วันที่ 4) - <u>ช่วงแรก</u> เน้นการพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรม ในชุมชนที่สำหรับผู้ดูแล เช่น Medicaid waiver programs, การเดินทาง โภชนาการ เป็นต้น ข้อมูลที่ให้ในแต่ละโปรแกรมคือ ความแตกต่างของแต่ละโปรแกรม คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม การสมัครเข้าร่วมโปรแกรม และสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถคาดหวังได้จากโปรแกรม - <u>ช่วงที่ 2 และ 3</u> เน้นพูดคุยถึงทางเลือกของที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย เช่น long-term nursing home, assisted living กระตุ้นการอภิปรายระหว่างสมาชิกกลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับว่าทำไมทางเลือกเหล่านี้ถึงเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะเลือก และการใช้บริการทางเลือกเหล่านี้ถึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการละทิ้งความรับผิดชอบ ครั้งที่ 5 (วันที่ 5) - <u>ช่วงแรก</u> เน้นพูดคุย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย : ทัศนคติและความเชื่อเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อภิปรายประเด็น เช่น advance directives อำนาจของทัศนคติ และผู้ดูแลตามกฎหมาย ซึ่งให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญ ของประเด็นเหล่านี้ - <u>ช่วงที่ 2</u> เน้นพูดคุยถึงผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Statistical analysis	Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มก่อน-หลังการทดลอง
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ความรู้ของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับความก้าวหน้า และการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ Within group - เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.23, p < .05$) โดยเฉพาะความรู้ในข้อที่เกี่ยวกับ สาเหตุ การรักษา และการดำเนินของโรค ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม - ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสูง และตอบว่า โปรแกรมตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้ตรง
Implications	โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง ทำติดต่อกันทุกวันในช่วงเช้า สามารถเพิ่มความรู้ที่เกี่ยวกับความก้าวหน้า และการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และการตระหนักรู้เกี่ยวกับแหล่งให้การช่วยเหลือและสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลในชุมชนได้ สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ควรสอดคล้องกับวัฒนธรรมในแต่ละที่ข้อจำกัดคือ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้มีข้อจำกัดคือ การจัดกระทำที่มีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ภาษามีผลต่อการเพิ่มความรู้ และทักษะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด 5 วัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย Caregiver attribution and resentment in dementia care

ผู้แต่ง Martin-Cook, K., Remakel-Davis, B., Svetlik, D., Hynan, L. S., & Weiner, M.F.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 18(6), 366-374. / 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลการได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้สึกไม่พอใจ ของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางพฤติกรรมของ ผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
Design	Experimental research (Two group pre-posttest design)
Level	A
Setting	คลินิกโรคอัลไซเมอร์และโรคที่เกี่ยวข้องจากมหาวิทยาลัย Texas Southwestern Medical Center ในเมืองดัลลาส ประเทศสหรัฐอเมริกา
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก setting ตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรม 2. ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยไว้ในสถานดูแลระยะยาว 2. ผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลไม่ครบ กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้าได้รับการเลือกทั้งหมด 37 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมประกอบด้วย กลุ่มทดลองจำนวน 19 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน
Research outcome and Instrument	1. ความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Caregiver resentment) ประเมินโดยแบบวัดความไม่พอใจของผู้ดูแล The Caregiver Resentment Scale ประกอบด้วย 20 ข้อ จากเครื่องมือ 3 ชนิดคือ 7 ข้อจากแบบวัดความรู้สึกเป็น

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	ภาระ (Caregiver Burden Scale) ของซาริท รีเวอร์ และแบช ปีเตอร์สัน (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) 10 ข้อจากแบบวัดความไม่พอใจของผู้ดูแล (resentment scale) พัฒนาโดยธอมป์สัน และคณะ (Thompson, Medvene, & Freedman, 1995) 3 ข้อเกี่ยวกับการพึ่งพาที่มากเกินไปจากการศึกษาในผู้ดูแลโรคสมองเสื่อมและความไม่พอใจของวิลเลียมสัน และชูลซ์ (Williamson, & Schulz, 1990) เป็นแบบสอบถามที่ถามความถี่บ่อย ของความไม่พอใจของผู้ดูแล คะแนนรวมระหว่าง 22-110
Data collection	2. ความรู้สึกซึมเศร้าของผู้ดูแล (Caregiver depression) ประเมินโดย แบบสอบถาม The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) มีจำนวน 20 ข้อ <u>กลุ่มทดลอง</u> เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Time 2 ระยะ 6 สัปดาห์ คือหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 2 สัปดาห์ Time 3 ระยะ 14 สัปดาห์ คือหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 10 สัปดาห์ <u>กลุ่มควบคุม</u> เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรม Time 2 ระยะ 6 สัปดาห์ Time 3 ระยะ 14 สัปดาห์
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมได้สุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมใช้รูปแบบ education and support โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 18-19 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 8 ชั่วโมง - ทำกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง การทำกลุ่ม 4 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค, อาการแสดง, ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาด้วยยา ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เน้นที่การเรียนรู้ วิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา กลยุทธ์การสื่อสาร สำหรับจัดการอาการทางจิต พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) เป็นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เน้นการกระทำที่จะลดการพึ่งพา ลดความเสี่ยงจากการล้ม การเดินเรื้อยเปื้อย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งปกติ และการสิ่งแวดล้อมเพื่อการกระตุ้น ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) เน้นความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแล ทักษะการจัดการความเครียด โดยใช้การบำบัดทางปัญญา เน้นบทบาทเกี่ยวกับการพูดคุยกับตนเอง และการปรับโครงสร้างความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกผิด ความโกรธ ความขุ่นเคืองใจ และความซึมเศร้า ให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับกฎหมาย การเงิน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กลุ่มควบคุม ได้ร่วมกิจกรรมตามปกติของคลินิก ผู้ดำเนินการกลุ่ม: ไม่พบข้อมูล

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Statistical analysis	- t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อน-หลังการทดลอง ในตัวแปรความรู้สึกละเลยและไม่พึงพอใจและความรู้สึกละเลยของผู้ดูแล พฤติกรรมที่เป็นเชิงบวก คะแนนรวม NPI คะแนนข้อย่อย NPI - Two factor analyses of variance (ANOVA) เปรียบเทียบในทุกตัวแปรกับระยะเวลาภายในกลุ่มและ ระหว่างกลุ่ม
Results	ผลลัพธ์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 19 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน หลังสิ้นสุดการทดลองเหลือกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน ข้อมูลส่วนบุคคล - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเป็นเพศหญิง - มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 63.7 ปี - ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส การศึกษาส่วนใหญ่ 14.4 ปี - รายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 3 หมื่นหรือยี่สิบห้าต่อปี 1. ความรู้สึกละเลยของผู้ดูแล พบว่าหลังทดลอง 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้สึกละเลยของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.5, P=0.299$) - ในกลุ่มควบคุมพบความสัมพันธ์ภายในระหว่างความรู้สึกละเลยของผู้ดูแล และความรู้สึกละเลยกับจำนวนอาการ NPI , คะแนนรวม NPI และ NPI ข้อย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบความสัมพันธ์กับความรู้สึกละเลยของผู้ดูแลสูงกว่าความรู้สึกละเลยกับจำนวนอาการ NPI , คะแนนรวม NPI และ NPI ข้อย่อย ที่เกี่ยวกับซึมเศร้า วิตกกังวลและนอนไม่หลับ พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกละเลยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ยกเว้นซึมเศร้า และ NPI ข้อย่อยพฤติกรรมขาดการยับยั้งชั่งใจ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	2. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่พึงพอใจ ของผู้ดูแลกับตัวแปรอื่นๆ - พบความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลกับ NPI ข้อย่อย euphoria และพฤติกรรมขาดการยับยั้งชั่งใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - พบความสัมพันธ์ไม่ยาวนานระหว่างความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล กับข้อย่อยปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ - พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล - พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแล ความรู้สึกซึมเศร้า กับ การจัดการควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การจัดการควบคุมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกซึมเศร้า และพบความสัมพันธ์ในกลุ่มควบคุมระหว่างความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลกับจำนวนอาการ NPI , คะแนนรวม NPI และ คะแนนรวมอาการรบกวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=.05$ Between group - หลังการทดลอง ระยะ 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย <u>ความรู้สึกไม่พึงพอใจ</u> ของผู้ดูแลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Implications	โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 8 ชั่วโมง ทำกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implications (ต่อ)	พบว่าสามารถลดความรู้สึกไม่พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถลดความซึมเศร้าได้ ข้อจำกัดคือ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ผู้ดำเนินการกลุ่มควรมีความรู้ และเป็นผู้ได้รับการอบรมโดยเฉพาะ และควรทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก่อน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย Partners in caregiving: A Psychoeducation Program Affecting Dementia Family Caregivers' Distress and Caregiving Outlook

ผู้แต่ง Hepburn, K. W., Lewis, M., Nalayan, S., Center, B., Tornatore, J., Bremer, K. L., et al. (2005). K. L., et al.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Clinical Gerontologist, 29(1), 53-69 / 2005

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ใน 2 เป้าหมายคือ 1. ศึกษาความสามารถของโปรแกรมในการลดความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลในระยะเวลา 1 ปี 2. เพื่อพัฒนาทักษะและเพิ่ม ความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
Design	Experimental research (Three group pre-posttest design)
Level	A
Setting	คลินิก ศูนย์ผู้สูงอายุ และสมาคมโรคสมองเสื่อม ในรัฐมินิโซต้า ประเทศสหรัฐอเมริกา
Sample	กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน เช่น คลินิก ศูนย์ผู้สูงอายุ สมาคมโรค สมองเสื่อม ในระยะเวลา 2 ปี เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน 2. ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคสมองเสื่อม 3. ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับผู้ป่วย หรืออยู่ใกล้เคียงกัน 4. ผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนตลอดระยะเวลา 1 ปี เกณฑ์การคัดออก 1. เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโรคร่วม หรือมีอาการทางจิตที่รุนแรง

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	2. ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพกายที่รุนแรง 3. ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 215 คน ประกอบด้วย กลุ่มใช้รูปแบบสุ่มแบบ block design และให้มีการกระจายตัวอย่าง เข้าเข้าสู่ กลุ่มอย่างทั่วถึง ประกอบด้วย - กลุ่มทดลองจำนวน 151 คน - กลุ่มควบคุมจำนวน 64 คน
Research outcome and Instrument	ความกดดันทางจิตใจ (Distress) ประเมินจากแบบวัดย่อยโดยผู้วิจัยได้นำมา รวมกันพัฒนาเป็นแบบวัดความกดดันทางจิตใจ (Distress) มีดังนี้ - แบบวัดความสามารถในการให้การดูแลผู้รับการดูแลของลอว์ตัน และ - บรอดดี (care recipient's physical self-maintenance and instrumental abilities) จำนวน 31 ข้อ - แบบวัดความถี่ของปัญหาพฤติกรรมและความจำ (frequency of memory and behavior problems) จำนวน 20 ข้อ - แบบวัด six brief scales จำนวน 6 ข้อ - การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation) - การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity) - การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (Loss of self) - การรับรู้ของตนเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแล (Caregiving competence) - การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการจัดการความสำคัญ (Management of meaning)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	- แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ ประเมินโดยแบบแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของซาริทซนิก 22 ข้อ (22-item burden scale) - การรับรู้ของตนเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล (Caregiving mastery) - แบบวัดซึมเศร้าชนิด 20 ข้อของแรดลอฟ 20-item depressive symptoms scale - แบบวัดผลกระทบจากการดูแลของเบรดเบริน 10-item affect Scale - แบบวัดความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลประเมินโดยแบบวัดความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล 28 ข้อ 28-item Beliefs About Care giving Scale (BACS). คะแนนมากไม่ดี - แบบวัดการจัดการกับความขัดแย้ง (Decisional Conflict) ประเมินโดยแบบวัด Decisional Conflict Scale
Data collection	ผู้วิจัยได้นำมารวมกันพัฒนาเป็นแบบวัดความกดดันทางจิตใจ (Distress) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Time 1 ก่อนให้โปรแกรมฝึกสุขภาพจิตศึกษา Time 2 หลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ระยะ 6 เดือน Time 3 หลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ระยะ 1 ปี
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตที่เรียกว่าโปรแกรม The Partners in caregiving Program (PIC) โปรแกรมใช้รูปแบบพื้นฐานของ stress mediation - ทำรูปแบบกลุ่ม ขนาดกลุ่มๆ ละ 3-7 คน - ทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน 6 ครั้ง รวมใช้เวลาทั้งหมด 12 ชั่วโมง โปรแกรมประกอบด้วย 2 รูปแบบ รูปแบบที่1 กลุ่ม Day-to-Day Session เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลในแต่ละวัน กิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง มีดังนี้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	1) แนะนำโรคที่เป็น และกลยุทธ์การดูแลตามความบกพร่องทางสติปัญญาที่เกิด 2) ขั้นตอนของสมองเสื่อม ภาวะสับสนในโรคสมองเสื่อม บทกวีและจัดการกับความรู้สึของผู้ดูแล 3) ระบุขั้นตอนของการเกิดสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่ตนดูแล การวางแผนงานและกิจกรรมที่สอดคล้องกับขั้นของความเสื่อมในผู้ป่วยของตนเอง 4) การฝึกและแนะนำ: รายงานกิจกรรมรายสัปดาห์เกี่ยวกับการนำแผนกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติจริง สอนเพิ่มเติมให้กิจกรรมเหมาะสมยิ่งขึ้น 5) การฝึกและแนะนำ: รายงานกิจกรรมระหว่างสัปดาห์ ที่นำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติ สอนเน้นบทบาทของครอบครัวของผู้ดูแลในการให้ความร่วมมือในกำลังใจ 6) การฝึกและแนะนำ: รายงานกิจกรรมระหว่างสัปดาห์ ที่นำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติ และสอนเพิ่มเติมเรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชนสำหรับการดูแลที่บ้าน และสรุปกลุ่มรูปแบบที่ 2 กลุ่ม Decision Making Session เน้นให้ทักษะในการตัดสินใจ กิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง มีดังนี้ 1. แนะนำโรคที่เป็น และกลยุทธ์การดูแลตามความบกพร่องทางสติปัญญาที่เกิด 2. ขั้นตอนของสมองเสื่อม ภาวะสับสนในโรคสมองเสื่อม บทกวีและจัดการกับความรู้สึของผู้ดูแล ขั้นนำเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ 3. ระบุขั้นตอนของสมองเสื่อมในผู้ป่วย การตัดสินใจแก้ไขปัญหาระยะสั้นในการดูแลประจำวัน 4. การฝึกและแนะนำ: รายงานกิจกรรมรายสัปดาห์เกี่ยวกับการนำแผนกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติจริง สอนเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลประจำวัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	5. การฝึกและแนะนำ: รายงานกิจกรรมรายสัปดาห์เกี่ยวกับการนำแผนแก้ไขปัญหาระยะสั้นไปลงมือปฏิบัติจริง สอนเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดสินใจแก้ไขปัญหาคาดและระยะยาว การฝึกและแนะนำ: รายงานกิจกรรมรายสัปดาห์เกี่ยวกับการนำ แผนการแก้ไขปัญหาระยะยาวไปลงมือปฏิบัติจริง และ สรุปโดยทั้งสองแบบมีหลักที่เหมือนกันคือ - เน้นความสำคัญที่ผู้ดูแลในการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการผลกระทบจากโรค - ใช้กรอบกิจกรรมในการช่วยสร้างความเข้มแข็งในบทบาท และความสามารถในการดูแลผู้รับการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละวัน - สาธิตเทคนิคการจัดการที่มีประสิทธิภาพโดยนักอาชีวะบำบัดหรือนักดนตรีบำบัด - ให้การบ้านเกี่ยวกับการใช้ทักษะและกลยุทธ์ระหว่างสัปดาห์ - การติดตามการสอนโดยเน้นที่ทักษะ โดยประเมินในแต่ละสถานการณ์ การร่วมกันแสดงความคิดเห็น การนำไปใช้แก้ปัญหา ประเมินผลลัพธ์ผสานกับทักษะที่สำคัญ กลุ่มควบคุม ไม่มีการให้การปฏิบัติใดๆ ในกลุ่มควบคุม ไม่มีการติดต่อกับทีมวิจัยหลังจากหนึ่งปีไปแล้ว จึงให้เข้าโครงการตามกิจกรรมกลุ่ม 1 และ 2 ข้อมูลผู้ดำเนินการกลุ่ม เป็นแพทย์
Statistical analysis	1. Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเศร้าโศกของผู้ดูแลและคะแนนอื่นๆ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง 6 เดือน, ก่อน-หลังการทดลอง 12 เดือน 2. ANCOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลและคะแนนอื่นๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง 6 เดือน, ก่อน-หลังการทดลอง 12 เดือน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	กลุ่มตัวอย่างลงทะเบียน 233 คู่ ลงนามยินยอมเข้าโครงการ 10 คู่ ออก จากโครงการก่อนการสุ่มตัวอย่างเพราะให้ข้อมูลพื้นฐานไม่ครบ ไม่ผ่าน เกณฑ์การคัดเลือกเข้า 8 คู่ ออกจากโครงการหลังจากเก็บข้อมูลพื้นฐานแล้ว สุ่มเข้ากลุ่มแล้ว เหลือกลุ่มตัวอย่าง 215 คู่ สุ่มเข้ากลุ่มแล้ว ได้กลุ่มที่ 1) 79 คู่ 2) 72 คู่ 3) 64 คู่ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมโครงการอย่างน้อย 5 ครั้ง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการสุ่มตัวอย่าง ทำให้ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมี ลักษณะคล้ายคลึงกัน มีการวิเคราะห์ chi-square ทางด้าน อายุ เพศ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สุขภาพทั่วไป ปฏิบัติต่อ พฤติกรรมของผู้ป่วย และ รายได้ของครอบครัว ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ผู้ดูแล - ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง - อายุเฉลี่ย 64.6-69.7 ปี - เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ 61.1- 68.4 % ปัญหาสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนน MMSE ต่ำกว่าเล็กน้อยในระหว่าง เริ่มกิจกรรมจนถึงระยะ 6 เดือน มีผู้ออกจากโครงการ 20.9% สาเหตุส่วนใหญ่ มาจากต้องเข้ารักษาใน nursing home และเสียชีวิตกลุ่มที่ออกจากโครงการ ไปมีคะแนน MMSE น้อยกว่ากลุ่มที่ยังอยู่ในโครงการต่อไป ผลลัพธ์การวิจัย 1. ความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล Within group - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนน ความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล ก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนน ความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Between group - หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนน ความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = .035$ - หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนน ความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน 2. ความสามารถในการดูแล (Caregiving competence) Within group - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .000$ - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .009$ - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 เดือน พบว่าหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group - หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .03$ 3. การรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relational deprivation)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Within group - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .000$ - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง 12 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .000$ Between group - หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง 12 เดือน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4. การถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Role captivity) Within group - <u>กลุ่มทดลอง</u> เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล ของผู้ดูแลก่อนการทดลองหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - <u>กลุ่มควบคุม</u> เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล ของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน และหลังการทดลอง 12 เดือน พบว่าหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .01$, $p = .03$ ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Between group - หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ของ ตนเกี่ยวกับการถูกผูกติดกับบทบาทเป็นผู้ดูแล ของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5. ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการดูแล Within group - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการ ดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการ ดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p = .001$) - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการ ดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 เดือนพบว่าหลังการ ทดลอง 6 เดือน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี เดือน พบว่าหลังการ ทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group - หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเชิง ลบเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p = .016$ - หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแล ของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Implication	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ สามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ การนำ โปรแกรมไปใช้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการศึกษาของผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลจะต้องมี การศึกษาในระดับดีจึงสามารถใช้ โปรแกรมนี้ได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่	5
ชื่อเรื่อง	Impact of a multimodal Rehabilitative intervention on demented patients and their caregivers.
ผู้แต่ง	Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Alessandra, S., Saina, M., & Aguglia, E.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่จัดควบคู่กัน
Design	Experimental research (Two group pre-posttest design)
Level	A
Setting	คลินิกจิตเวชในมหาวิทยาลัย Trieste ประเทศอิตาลี
Sample	เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ป่วยอายุ 60 – 80 ปี 2. ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระยะแรก และระยะกลาง 3. ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตามเกณฑ์ตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน และการมองเห็นระดับรุนแรง หรือป่วยด้วยโรคทางสมองที่ทำให้ความสามารถนี้บกพร่อง 2. ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน จาก 200 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ 16 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ 16 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน
Research outcome and Instrument	1. ความรู้สึกรู้สึกกังวล (Anxiety) ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกรู้สึกกังวล ซึ่งเป็นตัววัดย่อยของ Brief Symptom Inventory

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Depression) ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งเป็นตัววัดย่อยของ Brief Symptom Inventory 3. ความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระ The Caregiver Burden Inventory (CBI) มีจำนวน 24 ข้อแบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ภาระเชิงอัตวิสัย (objective burden) ภาระทางจิตใจ (developmental Burden) ภาระด้านร่างกาย (physical burden) ภาระด้านสังคม (social burden) ภาระด้านอารมณ์ (emotional burden)
Data collection	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 0 ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Time 1 หลังสิ้นสุดการให้โปรแกรม 2 เดือน Time 2 หลังสิ้นสุดการให้โปรแกรม 4 เดือน
Intervention	กลุ่มทดลองผู้ดูแลได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมใช้รูปแบบ multimodal rehabilitation program โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 16 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 16 ชั่วโมง - ทำกลุ่มทุกสัปดาห์ๆ ละครั้ง รวม 16 สัปดาห์ <u>การทำกลุ่ม 16 ครั้งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ</u> <u>ส่วนที่ 1</u> จำนวน 8 ครั้ง เรียกว่าด้านการรักษา เนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการทางคลินิก การวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรค การรักษา ระบาดวิทยา ปัจจัยเสี่ยง ระยะของโรค ความเสื่อมถอยทางปัญญา ปัญหาพฤติกรรม การลดการต้องพึ่งพาในการใช้ชีวิตประจำวัน การรักษาทางยาที่สามารถใช้ได้ การจัดการกับอาการของผู้ป่วย รูปแบบของการดำเนินกลุ่มส่วนที่ 1 - ช่วงแรก 30 นาที เป็นการนำเสนออย่างเป็นทางการในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง - ช่วงหลัง 30 นาทีต่อมาเป็นการอภิปราย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ส่วนที่ 2 จำนวน 8 ครั้ง เรียกว่าด้านจิตใจ เนื้อหาเริ่มด้วยประสบการณ์จากโรคของผู้ป่วย ปัญหาในการจัดการ เรื่องอารมณ์ ความเครียด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ดูแล รูปแบบของการดำเนินกลุ่มส่วนที่ 2 เป็นการให้ผู้ดูแลได้ซักถาม และอภิปราย และให้หัวข้อที่เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ของผู้ดูแล กลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู 3 รูปแบบ สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 60 นาที ตลอดระยะเวลา 4 เดือน ดังนี้ - โปรแกรมการฟื้นฟูเรื่องการฝึกฝนด้านการรู้คิด (Reality orientation therapy; ROT) เป็นการฝึกฝนด้านการรู้คิด การให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำกิจกรรมตามที่กำหนดและใช้และการจำ - โปรแกรมการฟื้นฟูอาชีพะบำบัด (occupational Therapy) - โปรแกรมการฟื้นฟูการกระตุ้นความจำและอารมณ์ (Reminiscence therapy; RT) เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วยองค์ประกอบด้านสติปัญญาต่างๆ ทั้งด้านการรับรู้ การคิด กลุ่มควบคุม ได้รับบริการปกติ - ผู้ดำเนินการกลุ่ม เป็นจิตแพทย์
Statistical analysis	Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าความรู้สึกเป็นภาระ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าความรู้สึกเป็นภาระภายในกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมี 16 คู่ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 16 คน ผู้ป่วย 16 คน ผู้ป่วย - ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย - อายุเฉลี่ย 68-72 ปี - ระดับการศึกษาเฉลี่ย 8 ปี ผู้ดูแล - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 62.5% - ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-61 ปี - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 87.5% ออกจากงานแล้ว 12.5% ทำงานในสำนักงาน 12.5% ฐานะทางการเงินไม่ดี ผลลัพธ์การวิจัย 1. คะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวล Within group กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวลก่อน - หลังการทดลอง 2 เดือนและ 4 เดือนพบว่าคะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.293, p = .048$; $t = 2.82, p = .026$) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวลก่อน - หลังการทดลอง 2 เดือนและ 4 เดือน พบว่าคะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Between group เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวลระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 2 เดือน และหลังการทดลอง 4 เดือน พบว่าหลังการทดลอง 4 เดือน คะแนนความรู้สึกรู้สึกกังวลกลุ่มทดลองลดลงกว่า กลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	2. คะแนนความรู้สึกเป็นภาระ Within group กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 เดือน และหลังการทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือน พบว่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.759$, $P = .027$; $t = 2.779$; $P = .027$) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม - เปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 เดือน กับหลังการทดลอง 2 เดือนและ 4 เดือน พบว่าความรู้สึกเป็นภาระหลังเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.265$, $P = .014$; $t = -2.434$; $P = .045$) ตามลำดับ Between group เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 2 เดือน และหลังการทดลอง 4 เดือน กับทดลอง 4 เดือนและก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองความความรู้สึกเป็นภาระลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -349$, $P = .007$; $t = -3.35$; $P = .011$) ตามลำดับ 3. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล Within group กลุ่มทดลอง - เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง 4 เดือน พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง 4 เดือน ลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.316$; $P = .054$)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 เดือน และ 4 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ Between group เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 เดือน หลังการทดลอง 4 เดือน พบว่าหลังการทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.5$, $P = .176$) และ ($t = -2.57$; $P = .035$) ตามลำดับ 4. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 2 เดือน และ หลังการทดลอง 4 เดือน พบว่าลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.683$; $P = .031$; $t = 4.352$; $P = .003$) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 2 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน Between group ก่อนการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 2 เดือน และหลังการทดลอง 4 เดือน กลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.796$; $P = .014$; $t = 10.884$; $P = .005$)
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำทั้งหมด 16 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ทำติดต่อกันทุกสัปดาห์ รวม 4 เดือน สามารถลดความรู้สึกรู้สึกกังวลของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถลดภาวะซึมเศร้า และสามารถลดความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับใช้กับผู้ดูแลในคลินิกจิตเวชได้ สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ประสิทธิภาพในระยะยาวมีจำกัด เหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก และระยะกลาง ก่อนที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจะเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ามีอาการวิตกกังวล รู้สึกเศร้า และมีความเครียด

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implications (ต่อ)	ข้อจำกัดคือ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้มีข้อจำกัดคือ การจัดกระทำที่จัดควบคู่กับในผู้ป่วยและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในเวลาเดียวกัน อาจกระทำได้ลำบาก ใช้บุคลากรหลาย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย The Savvy Caregiver Program: Developing and Testing a Transportable
Dementia Family Caregiver Training Program.

ผู้แต่ง Hepburn, K.W., Lewis, M., Tornatore, J., Sherman, C.W., & Bremer, K.N.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Journal of Gerontological Nursing, 33(3), 30-36 / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการให้สุขภาพจิตศึกษา SCP (The Savvy Caregiver Program) ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และชนิดอื่นๆ
Design	Experimental research (Two group pre-posttest design)
Level	A
Setting	สมาคมโรคอัลไซเมอร์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา 4 แห่ง ประกอบด้วย เมืองแอแนคอจ รัฐอิลลินอยส์ เมืองเดนเวอร์ รัฐโคโลราโด เมืองออกซ์ฟอร์ด และเมืองทูเปโล รัฐมิสซิสซิปปี
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม ตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และชนิดอื่นๆ 2. ตอบแบบสอบถามครบถ้วน เกณฑ์การคัดออก ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 30 คน
Research outcome and Instrument	1. ความรู้ที่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล Loss of self ประเมินโดยแบบสอบถามที่พัฒนาโดยเพียร์ลีน และคณะ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	2. ความรู้สึกลูกผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล (Role captivity) ประเมินโดยแบบสอบถามที่พัฒนาโดยเพียร์ลีน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ประกอบด้วย 3- 6 ข้อ 3. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Competence) ประเมินโดยแบบสอบถามที่พัฒนา โดยเพียร์ลีน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ประกอบด้วย 3- 6 ข้อ 4. ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแล (Mastery) ประเมินโดยแบบสอบถามที่พัฒนาโดยเพียร์ลีน และคณะ 5. ความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล (distress) ประเมินโดยใช้คะแนนโดยรวมของแบบสอบถามผลกระทบมากประกอบด้วย 5.1 แบบสอบถามที่พัฒนาโดย เพียร์ลีน และคณะ (Pearlin et al.,1990) ประกอบด้วย 3- 6 ข้อ, 5.2 แบบประเมินซึมเศร้า (15-item Center for Epidemiologic Studies Depression scale) 5.2 แบบประเมินความรู้สึกละทิ้งภาระของชีวิต (22-item Zarit burden scale) 5.3 แบบประเมินความวิตกกังวล (10-item REACH anxiety scale) 5.4 แบบประเมินผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล (10-item Bradburn affect scale)
Data collection	<u>กลุ่มทดลอง</u>เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 2 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Time 2 ระยะติดตามผลที่ 5-6 เดือน <u>กลุ่มควบคุม</u>เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 2 ระยะคือ Time 1 ก่อนการศึกษา Time 2 ระยะติดตามผลที่ 5-6 เดือน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	ผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา The Savvy Caregiver Program (SCP) ที่ใช้รูปแบบ skills and knowledge building พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยแห่งเมืองมินิโซต้า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 3-10 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 12 ชั่วโมง - ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็นวิชาชีพที่มีพื้นฐาน และประสบการณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ การทำกลุ่ม 6 ครั้ง เนื้อหาเป็น CD-ROM เรื่องกลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Healthcare Interactive, 2001) หรือวิดีโอเทปด้วย จากการวิจัยที่ได้ทำการศึกษา ก่อนหน้านี้ของผู้วิจัย ใช้กรอบแนวคิดการลดความเครียดของลาซารัส เนื้อหาพอสรุปได้ ดังนี้ ครั้งที่ 1 เน้นเกี่ยวกับความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดจากการดูแล ครั้งที่ 2 เน้นให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในผู้ดูแล ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการดูแล ครั้งที่ 4 ผลกระทบจากการดูแล ครั้งที่ 5 การฝึกบทบาทสมมติ ครั้งที่ 6 การฝึกกลยุทธ์ในการคิดผลกระทบเชิงลบ สามารถปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นได้
Statistical analysis	Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มก่อน-หลังการทดลอง และ ANCOVA เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมี 52 คน - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 78.9% - มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 60.5 ปี - ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส 50% เป็นบุตร 40.4% - ความรู้ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี 28.8% - รายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 5 หมื่นเหรียญสหรัฐต่อปี 1. ความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแล Within group กลุ่มทดลอง - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .031$) กลุ่มควบคุม - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลงเท่ากับ 2.17 และ 2.17 ตามลำดับ Between group - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกถูกผูกอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล Within group <i>กลุ่มทดลอง</i> - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$) <i>กลุ่มควบคุม</i> - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแล Within group <i>กลุ่มทดลอง</i> - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแล เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .018$) <i>กลุ่มควบคุม</i> - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแล ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Between group - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง ความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.019$) 4. ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล Within group กลุ่มทดลอง - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล ก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มควบคุม - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล ก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง Between group - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .042$) 5. ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล Within group กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแล ก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.022$) กลุ่มควบคุม - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลก่อน-หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .030$)
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง กลุ่มละ 3-10 คน ทำติดต่อกันทุกสัปดาห์ สามารถลดความรู้สึกถูกผูกอยู่กับบทบาทการดูแลของผู้ดูแล เพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เพิ่มความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแล ลดความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองของผู้ดูแล และลดความรู้สึกกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลได้ สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ควรสอดคล้องกับวัฒนธรรมในแต่ละที่โปรแกรมนี้ไปใช้ มีข้อจำกัดคือ เนื้อหาของโปรแกรมไม่ชัดเจน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย A Disease Management Program for Families of Persons in Hong Kong With Dementia.

ผู้แต่ง Chien, W. T. & Lee, Y. M.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychiatric Services, 59, 433–436 2008.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เป็นการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการ การดูแลโรคสมองเสื่อมสำหรับครอบครัวและญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวจีน ต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยช่วงระยะเวลา 12 เดือน
Research design	experimental research (Two group pre-posttest design)
Level	A
Research setting	ศูนย์การดูแลโรคสมองเสื่อม 2 แห่ง ในฮ่องกง
Sample	มีการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 200 คู่ ช่วงระยะเวลา ระหว่างเดือนมกราคม ปี 2005 - กันยายน ปี 2006
	เกณฑ์การคัดเข้า
	1. เป็นผู้ดูแลหลักและต้องมีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า 2. อาศัยอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อม 3. ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV 4. เขียนความยินยอมในการวิจัย
	เกณฑ์การคัดออก
	1. ผู้ดูแลที่ป่วยทางจิต 2. ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ถึง 3 เดือน
	ผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ การดูแลโรคสมองเสื่อมจำนวน 88 คู่ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 44 คู่ กลุ่มควบคุม 44 คู่

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument	1. ความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) ประเมิน โดยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ฉบับภาษาจีน (the Chinese version of the Family Caregiving Burden Inventory) 2. คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ประเมินโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (the World Health Organization Quality of Life Scale) 3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมชนิด 6 ข้อ (six-item Social Support Questionnaire) 4. ความรุนแรงอาการผู้ป่วย (patients' symptom severity) ประเมินโดยแบบประเมินความรุนแรงอาการผู้ป่วย (Neuro-psychiatric Inventory) และ Mini-Mental State Examination 5. การใช้บริการจากสถานบริการในชุมชน (Support Services) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน the Family Support Services Index 6. ความถี่และระยะเวลาการใช้บริการในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลัง (วันต่อเดือน)
Data collection	<u>กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</u> เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมการดูแลโรคสมองเสื่อมสำหรับครอบครัวและญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจีน Time 2 หลังให้โปรแกรมที่ระยะ 6 เดือน Time 3 หลังให้โปรแกรมที่ระยะ 12 เดือน
Intervention	<u>กลุ่มทดลอง</u>ได้รับโปรแกรมการจัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (The Dementia Care Management Program) โปรแกรมประกอบ ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 24 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ สลับกับการลงเยี่ยมบ้าน - ขนาดกลุ่มไม่ได้ระบุ จำนวนครั้งของโปรแกรมประกอบด้วย 12 ครั้ง

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	รายละเอียดโปรแกรม โปรแกรมประกอบด้วย educational and supportive group ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ จำนวน 12 ครั้ง ดังนี้ - ระยะที่ 1 เรื่องการปฐมนิเทศเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 1 ครั้ง - ระยะที่ 2 เรื่องการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการฝึกปฏิบัติจำนวน 3 ครั้ง - ระยะที่ 3 เรื่องบทบาทของครอบครัวและการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัวจำนวน 6 ครั้ง - ระยะที่ 4 เรื่องแหล่งสนับสนุนในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง - ระยะที่ 5 ทบทวนโปรแกรมรวมทั้งการประเมินผล จำนวน 1 ครั้ง โปรแกรมใช้พื้นฐานการประเมินความต้องการของครอบครัวที่ให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา เทคนิคการจัดการกับความเครียด โปรแกรมใช้รูปแบบตามวัฒนธรรมความเชื่อของคนจีน ระหว่างโปรแกรมพยาบาลผู้จัดการกรณีจะทำการเยี่ยมบ้าน และสรุปความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคสมองเสื่อมอย่างให้ฟังทุกๆ สัปดาห์ เว้นสัปดาห์ และประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวเดือนละครั้ง - กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบทั่วไปประกอบด้วย การรักษาด้วยยา กิจกรรมทางสังคม และสันตนาการสำหรับผู้ป่วย และให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ดำเนินการกลุ่ม: ผู้นำในการทำกลุ่ม ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้คือ แพทย์พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้รับการอบรมจำนวน 32 ชั่วโมงจากผู้วิจัย
Statistical analysis	MANOVA เพื่อเปรียบเทียบ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม Chi-Square เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล - ผู้ดูแลอายุระหว่าง 34-65 ปี และอายุ 60 ปีจำนวน 68% - เพศ เป็นเพศหญิงจำนวน 64% - ความสัมพันธ์ เป็นคู่สมรสจำนวน 32 % - การศึกษาระดับมัธยมศึกษา - รายได้เฉลี่ยเดือนละ 1,538 เหรียญสหรัฐ - ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.2 ชั่วโมงต่อวัน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย - ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 67.8 ปี - เพศ เป็นเพศชายจำนวน 57% - ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.8 ปี ระยะการเจ็บป่วย 80% ป่วยในระยะแรก และปานกลาง 20% ระยะรุนแรง ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องภาวะสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์การวิจัย 1. ความรู้สึกเป็นภาระ หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) 2. คุณภาพชีวิต หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) 3. การสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	4. ระยะเวลาการให้บริการในโรงพยาบาล หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาการให้บริการในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) 5. ความรุนแรงอาการผู้ป่วย หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงอาการผู้ป่วยที่วัดด้วย NPI น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) 6. การให้บริการจากสถานบริการในชุมชน หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการให้บริการจากสถานบริการในชุมชนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$)
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการจัดการ การดูแลโรคสมองเสื่อมสำหรับครอบครัว และญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวจีน สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดระยะเวลาการให้บริการในโรงพยาบาล อิทธิพลของการจัดกระทำมีนาน 12 เดือน ลดอาการความรุนแรงทางสมองและทางจิตในผู้ป่วยที่วัดด้วย NPI ได้ อิทธิพลของการจัดกระทำมีสั้นกว่าคือ 6 เดือน ลดการให้บริการจากสถานบริการในชุมชน อิทธิพลของการจัดกระทำมีระยะยาวคือ 12 เดือน ข้อจำกัดคือ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้มีข้อจำกัดคือ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างน้อย 3 เดือน และการจัดกระทำที่มีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ภาษามีผลต่อการลดความรู้สึกเป็นภาระ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด 12 ครั้ง ผู้ดำเนินการกลุ่มควรคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการระดับเดียวกัน การนำโปรแกรมไปใช้ต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของท้องถิ่น ทั้งด้านวัฒนธรรมประเพณี ตลอดจนความเชื่อของท้องถิ่นนั้นๆ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมอง
เสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ผู้แต่ง เยาวภา ขงคิมิตรภาพ.

แหล่งตีพิมพ์/ปี วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย /2546

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาผลของการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแล
Research design	A quasi-experimental research
Level	B
Research setting	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก setting ตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระยะแรกและระยะที่สอง เกณฑ์ในการคัดเข้า 1. เป็นผู้ดูแลหลัก ประเมินจากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ทั้งนี้ต้องไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2. รู้สึกเครียดและทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคะแนนความเครียดที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแล 3. ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตประสาท โดยพิจารณาจากผลที่ได้จากแบบคัดกรองโรคจิตและโรคประสาท ไม่มีภาวะเป็นอุปสรรคกับการเรียนรู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกวัน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆละ 8 คน กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน โดยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมถึงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	ระดับความเครียดประเมินโดย แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล ดัดแปลงมาจากแบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล Caregiver Self - Assessment Questionnaire ของ American Medical Association ประกอบด้วยคำถามประเมิน 2 ส่วนคือ - แบบวัดความเครียด จำนวน 16 ข้อ โดยเกณฑ์การพิจารณาระดับ ความเครียดใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ Best ดังนี้ ระดับมาก คะแนนอยู่ ระหว่าง 10.67-16 ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 5.34-10.66 และ ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-5.33 - แบบประเมินความเครียดจากความรู้สึกผู้ดูแลซึ่งเป็นคำถามข้อที่ 17 ใช้ มาตรวัดคะแนน 1 ถึง 10 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียด ไป จนถึง 10 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมากที่สุดโดยเกณฑ์การพิจารณา ระดับความเครียดใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ Best ดังนี้ ระดับมาก คะแนน อยู่ระหว่าง 6.67- 10 ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 3.34-6.66 และ ระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง .1-3.33
Data collection	<u>กลุ่มทดลอง</u> เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้กลุ่มให้การศึกษา Time 2 หลังสิ้นสุดการให้กลุ่มให้การศึกษาทันที Time 3 หลังสิ้นสุดการให้กลุ่มให้การศึกษา 6 สัปดาห์ <u>กลุ่มควบคุม</u> เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมรายบุคคล คู่มือ และแผ่นพับความรู้ Time 2 หลังให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมรายบุคคล คู่มือ และแผ่นพับความรู้ เป็นช่วงเดียวกับหลังสิ้นสุดการให้กลุ่มให้การศึกษา Time 3 หลังตอบแบบสอบถามครั้งที่สอง 6 สัปดาห์

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	- กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มให้การศึกษา ซึ่งใช้รูปแบบ education และ support ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน กิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 9 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทำ 3 วัน ระหว่างเวลา 9.00-15.30 น. ทำในช่วงวันหยุด สดสัปดาห์ติดต่อกัน 2 วัน และเว้นช่วงไปทำในวันหยุดในสัปดาห์ต่อไปอีก 1 วัน - ครั้งที่ 1-2 การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ ความสำคัญของผู้ดูแล ระยะเวลา 90 นาที - ครั้งที่ 3 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 2 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง วันที่ 2 เริ่มด้วยกิจกรรมเปิดกลุ่ม แจกวัสดุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม กลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักกัน - ครั้งที่ 4 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที - ครั้งที่ 5 บรรยายความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที - ครั้งที่ 6 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก 4 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที - ครั้งที่ 7 บรรยายความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ 4 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที วันที่ 3 เริ่มด้วยกิจกรรมเปิดกลุ่ม แจกวัสดุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่ม กลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักกัน - ครั้งที่ 8 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก 5 - ครั้งที่ 9 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเองของผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม : กิจกรรมหลังติดตามผล 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครึ่งวัน ให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับความรู้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	กลุ่มควบคุม 1. ได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมรายบุคคล เช่นเดียวกับปกติที่ผู้ดูแลได้รับ รับฟังปัญหาและให้การสนับสนุนทางจิตใจบ้าง 2. ให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยไปศึกษาเป็นคู่มือความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต ปี 2545 แผ่นพับจำนวน 2 เรื่องคือ เรื่องนำรู้สมองเสื่อม และเรื่องอยู่กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อย่างไรไม่ให้เครียด ผู้ดำเนินการกลุ่ม : นักสังคมสงเคราะห์
Statistical analysis	- Independent t –test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม- ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง และหลังติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - LSD (Least Significant Difference) ใช้ทดสอบซ้ำเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง และหลังติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - Fisher' Exact test และ Chi-Square เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
Results	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง - กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ 71-80 ปี ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล - กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง - มีอายุระหว่าง 46-60 ปี

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการศึกษาระดับมัธยมศึกษา - ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ไม่มี ความแตกต่างกัน ความเครียดของผู้ดูแล 1. ความเครียดทั่วไป 2. ความเครียดจากการดูแล Within group - กลุ่มทดลอง : เปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ดังนี้ 1. คะแนนความเครียดทั่วไปเฉลี่ยก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง ลดลงเท่ากับ 10.45 และ 6.54 ตามลำดับ 2. คะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ยก่อนการทดลอง-หลังการ ทดลอง ลดลงเท่ากับ 6.45 และ 4.36 ตามลำดับ : เปรียบเทียบคะแนนความเครียดหลังการทดลองทันทีและหลังติดตาม ผล 6 สัปดาห์ดังนี้ 1. คะแนนความเครียดทั่วไปเฉลี่ย หลังติดตามผล 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้นกว่า หลังการทดลองเท่ากับ 6.54 และ 8.27 ตามลำดับ 2. คะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ยหลังติดตามผล 6 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลองเท่ากับ 4.36 และ 4.91 ตามลำดับอิทธิพลของ การบำบัดมีอยู่ก่อนข้างต้น - กลุ่มควบคุม : เปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ดังนี้ 1. คะแนนความเครียดทั่วไปเฉลี่ยหลังการทดลอง ลดลง เท่ากับ 10.00 และ 9.20 ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	2. คะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ยหลังการทดลอง ลดลง เท่ากับ 7.00 และ 6.80 ตามลำดับ : เปรียบเทียบคะแนนความเครียดหลังการทดลองทันทีและหลังติดตาม ผล 6 สัปดาห์ดังนี้ 1. คะแนนความเครียดทั่วไปเฉลี่ย หลังติดตามผล 6 สัปดาห์ลดลง เท่ากับ 9.20 และ 9.00 ตามลำดับ 2. คะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ยหลังติดตามผล 6 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นกว่าหลังการทดลองเท่ากับ 6.80 และ 7.00 ตามลำดับ Between group - ก่อนการทดลอง คะแนนความเครียดทั่วไปเฉลี่ยและ คะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแล ทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน - หลังการทดลอง 1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดทั่วไปต่ำกว่า กลุ่มควบคุม (6.54 : 9.20) 2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแล ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม (4.36 : 6.80) - หลังการติดตามผล 6 สัปดาห์ 1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดทั่วไปต่ำกว่า กลุ่มควบคุม (8.27 : 9.00) 2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการเป็นผู้ดูแล ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม (4.91 : 7.00)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมกลุ่มให้การศึกษาประกอบด้วยการให้ความรู้สองทาง และกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก สนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจจัดเป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มให้การศึกษาสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระยะแรก และระยะที่สองได้ แต่ในการทำกลุ่มบำบัดนี้ผู้ดำเนินการกลุ่มควรได้รับ การฝึกมาโดยเฉพาะในการทำกลุ่มนี้ สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ต่อการลดความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เนื่องจากพบผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่ได้รับการ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่	9
ชื่อเรื่อง	การศึกษาการให้ความรู้และระดับประคองแบบกลุ่มต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต
ผู้แต่ง	วีณา วิทย์เกษจร.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย / 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิตก่อนและหลังการให้ความรู้และระดับประคองแบบกลุ่ม
Design	A quasi-experimental research (One group pretest – posttest design)
Level	B
Setting	แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
Sample (ต่อ)	เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต 2. เป็นผู้ให้ความร่วมมือและตอบแบบสอบถามได้ 3. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ 4. มีความประสงค์การเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ไม่ได้ระบุ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มๆละ 10 คน
Research outcome and Instrument	การดูแลประเมินโดยแบบวัดการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery ประกอบด้วยการวัดภาวะ 2 มิติคือ ภาระด้านอัตวิสัย (Objective Burden)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	จำนวน 12 ข้อ: ภาระด้านจิตวิสัย (Subjective Burden) จำนวน 12 ข้อแบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ (น้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุดเก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองแบบกลุ่มทันที
Intervention	โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองแบบกลุ่ม โปรแกรมใช้รูปแบบ education และ support group 1. ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน 2. ทำกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมที่ 1 ช่วงเวลา 9.00-10.30 น. และกิจกรรมที่ 2 ช่วงเวลา 11.00-12.30 น. สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรมที่ 3 ช่วงเวลา 9.00-10.30 น. ประเมินผล ช่วงเวลา 11.00-11.30 น. การทำกลุ่มแต่ละครั้งทำเป็นกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะคือ - ระยะสร้างสัมพันธภาพ - ระยะดำเนินการ - ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม การทำกลุ่ม 3 ครั้งประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและอภิปรายปัญหา โดยบอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม วิธีการ จำนวนครั้ง ให้สำรวจและเปิดเผยความรู้สึกและอารมณ์ ความคิดและการแสดงออกที่มีต่อผู้ป่วย ฝึกการจัดการกับอารมณ์และความคิดด้านลบ การผ่อนคลายความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจ ครั้งที่ 2 การให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับอาการทางจิต และให้ความรู้โดยการบรรยาย ใช้สื่อโปสเตอร์และภาพพลิก

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ครั้งที่ 3 การทบทวนความรู้และอภิปรายปัญหาการดำเนินการด้วยตัวเอง ฝึกทักษะในการดูแลโดยยกสถานการณ์จำลอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้าง เครือข่ายและแหล่งช่วยเหลือ - ผู้ดำเนินการกลุ่ม พยาบาลจิตเวช
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย - ผู้ดูแลจำนวน 20 คน เป็นหญิงและชายใกล้เคียงกัน - ส่วนใหญ่อายุช่วง 30 – 60 ปีขึ้นไป - ส่วนใหญ่สถานะภาพคู่ - เปรียบเทียบคะแนนการดูแลด้านจิตวิสัยรายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .ในข้อรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย รู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกทุกข์ใจจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกอับอายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม รู้สึกผิดที่ลงโทษผู้ป่วย รู้สึกกังวลเมื่อพาผู้ป่วยออกนอกบ้าน รู้สึกเป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะเกิดอันตราย รู้สึกกังวลต่ออนาคตผู้ป่วยหากท่านจากไป - เปรียบเทียบคะแนนการดูแลด้านจิตวิสัย ก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.54, p < .05$) - เปรียบเทียบคะแนนการดูแลด้านอัตวิสัยรายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกข้อ - เปรียบเทียบคะแนนการดูแลด้านอัตวิสัย ก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.30, p < .05$) - เปรียบเทียบคะแนนการดูแลโดยรวม ก่อน-หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการให้ความรู้การให้ความรู้และ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	ระดับประคองแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.79$, $p < .05$)
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองแบบกลุ่มสามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิตลดลงได้ และโปรแกรมนี้ถือได้ว่าเป็นโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือการนำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองแบบกลุ่มทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิตไปใช้พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมพยาบาลที่จะใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองแบบกลุ่มทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต การใช้โปรแกรมสามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่	10
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์
ผู้แต่ง	พิรพนธ์ ลีอนุวัชชัย และนันทิกา ทิวาชาติ.
แหล่งตีพิมพ์ / ปี	จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 50(8), 541-53 / 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์
Research design	A quasi-experimental research (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจาก setting เกณฑ์ในการคัดเข้า 1. เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ครอบครัวละ 1-2 คน 2. แสดงความยินยอมร่วมการวิจัย 3. สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอด เกณฑ์ในการคัดออกไม่ได้ระบุ มีผู้แจ้งเข้าร่วมโครงการจำนวน 71 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน ตอบแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ผลของโครงการ
Research outcome and Instrument	1. คะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติตนประเมินโดยแบบประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะในผู้ดูแล (KAP) จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยความรู้ 9 ข้อ ทักษะ 9 ข้อ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 12 ข้อ 2. คะแนนความเครียดประเมินโดย แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล 25 ข้อ คะแนนประเมินเป็น 3 ระดับคือ น้อย ปานกลาง และ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	สูงแบบประเมินความรู้มีค่า อัลฟา = 0.97 แบบประเมินความเครียด K = 0.98
Data collection	เก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้กลุ่มให้สุขภาพจิตศึกษา Time 2 หลังสิ้นสุดการให้สุขภาพจิตศึกษาทันที
Intervention	โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ใช้รูปแบบ education, support and skill สร้างโดย ศจ. พญ. นันทิกา ทวิชาชาติ ใช้เวลา 2 วัน ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1. การสอนบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องอาการ สาเหตุ การดำเนินของโรค การรักษา การดูแลผู้ป่วย โดยใช้สื่อวีดิโอเรื่อง Iris ประกอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการจัดการ บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 2. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 3. ครอบครับบำบัดใช้วิธีบทบาทสมมติ และกระบวนการกลุ่ม 4. การสร้างทักษะการสื่อสาร 5. การจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ดูแล ใช้การสอนให้ความรู้ และ autogenic และ progressive muscle relaxation <u>วันแรก</u> สอน ให้ความรู้ <u>วันที่ 2</u> เน้นกลุ่มช่วยเหลือฝึกทักษะต่างๆ ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็น ทีมจิตแพทย์
Statistical analysis	- Paired t –test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติตน ก่อนทดลองและหลังการทดลอง - Paired t–test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล - กลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง - ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี - การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี - ส่วนใหญ่อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว - รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ผลลัพธ์การวิจัย 1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติตน และคะแนนรวมทั้งหมดหลังการทดลองทันทีและก่อนการทดลองพบว่า - หลังการทดลองทันทีที่คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 18.87 และ 21.26 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ - หลังการทดลองทันทีที่คะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 14.30 และ 15.47 ตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - หลังการทดลองทันทีที่คะแนนทักษะการปฏิบัติตนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 29.43 และ 31.53 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ - หลังการทดลองทันทีที่คะแนนรวมทั้งหมดสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อน และหลังการทดลองพบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและคะแนนความเครียดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการปฏิบัติตน ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ โปรแกรมการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีประโยชน์ และมีความจำเป็นที่ทีมสหวิชาชีพใช้ในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ข้อจำกัด โปรแกรมการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์นี้ รูปแบบของโปรแกรมเป็นกลุ่มขนาดใหญ่ อาจทำให้ไม่สามารถกระตุ้นผู้ร่วมกลุ่มได้อย่างทั่วถึง

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 11

ชื่อเรื่องงานวิจัย Coping With Frustration Classes: Development and Preliminary Outcomes
With Woman Who Care for Relatives With Dementia

ผู้แต่ง Gallagher-Thompson & DeVries

แหล่งตีพิมพ์/ปี The Gerontologist, 34(4), 548-552 / 1994

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการจัดการกับความโกรธ
Design	Experimental research (Three group pre-posttest design)
Level	A
Setting	ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Frail Elders ประเทศสหรัฐอเมริกา
Sample	เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และชนิดอื่นๆที่เป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อม 2. เป็นผู้ดูแลเพศหญิง ที่เป็นภรรยาหรือบุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 3. ผู้ดูแลที่เป็นผู้กระทำความผิดอาชญากรรม 4. ผู้ดูแลที่ป่วยทางจิต หรือรักษาทางจิต ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 179 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมไม่ได้บอกไว้
Research outcome and Instrument	ผลกระทบเชิงลบ (Negative Effect) ประเมินโดยเครื่องมือ The Multiple Affect Adjective Checklist

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Data collection	<u>กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</u> เก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Time 2 หลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทันที Time 3 ที่ระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 18 เดือน
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาการจัดการกับความโกรธ (Anger management) ที่เรียกว่าโปรแกรมจัดการความคับข้องใจ (Coping With Frustration) โดยใช้รูปแบบ skill building โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง โดยทำกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง ตามด้วยการสอน - กระตุ้นอีก 2 ครั้งใน 1-2 เดือนต่อมา รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 20 ชั่วโมง กิจกรรมในกลุ่มประกอบด้วยกิจกรรมฝึกทักษะ การบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญานอกจากนี้ยังมีเอกสารแจกให้อ่านในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ และปฏิกิริยาของผู้ดูแล และเอกสารอื่นๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วย แจกให้ตามความต้องการ เป้าหมายของกลุ่มคือ เพื่อสอนทักษะการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา เพื่อใช้ในการเผชิญกับความรู้สึกและความโกรธ ความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจ และการสร้างจินตนาการ เทคนิคในการระบุนึกคิดที่ดีหรือไม่ดีที่ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ รวมทั้งการบันทึกความคิดที่ไม่ดีและเทคนิคการสร้างคำพูดทางบวกต่อตนเอง และทักษะการสื่อสารแบบกล้าแสดงออกได้แก่การแยกแยะระหว่างการกล้าแสดงออก ความก้าวร้าวและการไม่กล้าแสดงออกจากการดูแล และปฏิกิริยาได้ตอบการดำเนินแต่ละกลุ่มแต่ละครั้งจะมีรูปแบบโครงสร้างเหมือนกัน คือ ชั่วโมงแรกประกอบด้วย 3 ส่วน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	คือ 1) การอภิปรายหาแหล่งของความรู้สึกโกรธ และความคับข้องใจที่เกิด ทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งก่อน โดยให้สมาชิกรายงานการบ้าน และอภิปราย 2) นำเสนอทักษะใหม่ เน้นหลักการและเหตุผลของทักษะและประโยชน์ต่อการเผชิญความคับข้องใจ 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายแนวทางการนำทักษะไปใช้ ในสถานการณ์ของสมาชิก หลังจากนั้นจะพักให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนสิ่งใหม่ๆ ที่ได้รับ และได้พูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการ - หลังพักเข้าสู่ชั่วโมงที่สอง จะมีการนำเสนอในเนื้อหาที่ลงลึกถึง เทคนิคและทักษะที่จะเรียนในคราวนี้ เป็นประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสมาชิกจะได้ฝึกทักษะ โดยแสดงบทบาทสมมติ ระดมสมอง การบ้านจะต่อเนื่องจากการฝึกนี้ และออกแบบมา เพื่อให้สมาชิกได้นำทักษะใหม่ไปปฏิบัติใน สถานการณ์จริงในสัปดาห์ถัดไป กลุ่มจะจบด้วยฝึกผ่อนคลาย ประมาณ 5 นาที ให้นำไปใช้เมื่อเกิดความเครียดในระหว่างสัปดาห์ การทำกลุ่ม 8 ครั้งประกอบด้วย ครั้งที่ 1 - 2 เป็นการกำหนดกติกาของกลุ่ม รวมทั้งการเก็บความลับ การมีส่วนร่วม อภิปราย และการมาร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ นำเสนอหลักการและ เหตุผล และบอกเป้าหมายว่ากลุ่มจะได้พัฒนาทักษะในการเผชิญอารมณ์ อย่างสร้างสรรค์ ทักษะการผ่อนคลายเป็นทักษะแรกที่สอนให้มีการใช้ เทคนิคการหายใจลึกๆ และสร้างจิตภาพ โดยให้คิดถึงสถานที่ เพื่อให้ สมาชิกนำเทคนิคนี้ไปใช้ในเวลาที่เครียดจากการดูแล ครั้งที่ 3- 5 เน้นการสอนเทคนิคทางปัญญาที่ใช้จัดการกับความคิดเชิง ลบ อารมณ์โกรธ โดยการบันทึกความคิดที่ไม่ดี สมาชิกจะได้ระบุถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่กระตุ้นให้เกิดความโกรธ สมาชิกจะได้พิจารณาว่า ทำไมพฤติกรรมนี้จึงทำให้เกิดความโกรธได้ สมาชิกจะได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	เรียนรู้วิธีการประเมินสถานการณ์นั้นใหม่ และนำทางเลือกในการมองสถานการณ์ใหม่ในทางที่สร้างสรรค์นอกจากนี้ยังสอนให้สร้างคำพูดทางบวกต่อตนเอง เพื่อกระตุ้นตนเองให้มีความทนทานต่อความคับข้องใจ และให้ระบุสถานการณ์ที่เครียดซึ่งเกิดขึ้นบ่อยๆ เช่น โกรธทุกครั้งที่สามีไม่ยอมให้อาบน้ำ และสอนให้ใช้คำพูดเชิงบวกว่า “ตนเองต้องจัดการได้” โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) สอนการใช้เทคนิคทางปัญญา เช่นการพูดกับตนเอง แยกแยะและเปลี่ยนความคิดเชิงลบ การเตรียมกลยุทธ์จัดการกับตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดในแต่ละวัน 2) ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนได้พัฒนาประโยชน์ในการกับความคับข้องใจของตน 3) สอนทักษะการผ่อนคลาย 4) เพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดที่ผิดปกติ บันทึกสถานการณ์ที่ทำให้โกรธ ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 5 - 8 เน้นการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งจะได้แยกแยะพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมกับความก้าวร้าว การยอมตาม สอนเทคนิคเฉพาะ เช่น แผ่นเสียงตกร่อง ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลจัดการพฤติกรรมตนเอง หรือขอความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ หรือจากทีมสุขภาพ ให้เล่นละครบทบาทสมมติเพื่อฝึกแสดงพฤติกรรมแสดงออก ที่เหมาะสมในเทคนิค แผ่นเสียงตกร่อง คือให้ทำอารมณ์ให้เย็นลง และพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมซ้ำๆ โดยไม่รู้สึกรู้สิดหรือล้มเลิกไปก่อนที่จะได้ตามที่ตกลงกันไว้ สถานการณ์ที่จะใช้เทคนิคนี้ได้แก่ เวลาที่สมาชิกในครอบครัวสัญญาว่าจะมีช่วยดูแลผู้ป่วยบางเวลา แต่เมื่อถึงเวลาจะยกเลิกไม่มาตามสัญญา สมาชิกจะต้องยืนยันว่า “ฉันรอคอยเวลานี้นานแล้ว เนื่องจากมีแผนจะไปทำธุระ และจะไม่ยอมเปลี่ยน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	แผนตอนนี้” ยืนยันจนกว่าสมาชิกในครอบครัวจะตระหนักว่าเขาต้องรักษาสัญญาและไม่ละทิ้งสัญญาง่ายๆ ทบทวนทักษะที่ได้เรียนไปแล้วเพื่อให้สมาชิกแต่ละคนได้ มีความพร้อมเต็มที่ในแนวทางการนำทักษะที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ที่อาจจะไม่ได้กล่าวถึงในระหว่างการเรียน โดยมีหัวข้อดังนี้ 1) สอนความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมกับความก้าวร้าว หรือการยอมตาม แนะนำพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม 2) สอนทักษะพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม 3) นำทักษะไปฝึกใช้ในสถานการณ์การดูแล และกับสมาชิกในครอบครัว 4) ฝึกทักษะการผ่อนคลาย และติดตามความคิดที่ผิดปกติ 5) ทบทวนและสิ้นสุดกลุ่ม การกระตุ้น 2 ครั้งห่างกันประมาณ 1 เดือน เนื้อหาเป็นการกระตุ้นสมาชิกให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความก้าวหน้าในการใช้ทักษะการเผชิญกับปัญหาและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะกำลังเผชิญอยู่ - ผู้ดำเนินการกลุ่มเป็น บุคคลกรทีมสุขภาพจิต ผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม 1-2 คน มีบทบาทในการช่วยผู้นำในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินกลุ่ม และช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ กลุ่มควบคุม ได้รับ บริการปกติ
Statistical analysis	ไม่ได้อธิบายรายละเอียด

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ผลลัพธ์การวิจัย การวิจัยศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมต่อการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระและผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล ผลจากการ pre-post and follow up interview กำลังวิเคราะห์อยู่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่า วิธีนี้ช่วยลดความเครียดได้ ดังนี้จากคะแนน pre-post ในกลุ่มจัดการกับความโกรธ พบคะแนนความก้าวร้าว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเวลา 4 เดือน หลังการทดลองสมาชิกตอบกลับมาถึง 39 ใน 48 คน
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำกลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 20 ชั่วโมง ทำกลุ่มทุกสัปดาห์ติดต่อกัน กระตุ้น 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 เดือน สามารถลดความก้าวร้าว ช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้เทคนิคหลากหลาย เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การควบคุมอารมณ์ทางลบ พฤติกรรมกล้าแสดงออก ซึ่งเป็นประโยชน์มากวิธีหนึ่ง ข้อจำกัดคือ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ กิจกรรมในกลุ่ม ประกอบด้วย กิจกรรมฝึกทักษะ การบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา ผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานและมีความรู้ด้านนี้ด้วย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 12

ชื่อเรื่องงานวิจัย Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the REACH national collaborative study.

ผู้แต่ง Gallagher-Thompson, D., Coon, D.W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L.W.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี The Gerontologist, 34(4), 548-552. / 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติต่อการลดผลกระทบทางจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลาตินอเมริกัน และ แองโกลอเมริกัน
Design	A quasi-experimental research (time series design, baseline, 3 , 6, 12, 18 months)
Level	B
Setting	สมาคมอัลไซเมอร์ สถานดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน สถานดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ตอนกลางวัน และศูนย์สุขภาพชุมชนใน ชุมชนชาวลาตินอเมริกา รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบอัตราส่วน 2:2:1 ตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ที่มีอายุน้อย 21 ปี 2. มีเชื้อชาติลาตินอเมริกัน และแองโกลอเมริกัน 3. อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำ และให้การดูแลอย่างน้อย 4 ชม หรือมากกว่า และต้องให้การดูแลอย่างน้อย 2 เรื่อง ในด้านเครื่องวัฏจักรประจำวัน (Instrumental activities of daily living (IADL) หรือ 1 เรื่อง ในกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activities of Daily Living) 4. มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม หรือคะแนน MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 มาอย่างน้อย 6 เดือน 5. อาศัยอยู่ในบริเวณที่ทำการศึกษในช่วงเวลาเดียวกัน สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	เกณฑ์การคัดออก ผู้ดูแลที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แองโกลอเมริกันจำนวน 122 คน ลาตินอเมริกันจำนวน 91 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 105 คน กลุ่มควบคุม 108 คน
Research outcome and Instrument	1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Depression) ประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D; Radloff, 1977) และมี 4 sub-scales คือ ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ความผาสุก อาการทางกาย และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แบบวัด CES-D มีจำนวน 20 ข้อ ถามความถี่บ่อยของอาการซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คะแนน 0 – 3 โดย 0 = ไม่บ่อยหรือไม่มี (น้อยกว่า 1 วัน) 1 = มีบ้าง (1-2 วัน) 2 = มีปานกลาง (3-4 วัน) 3 = มีเป็นส่วนใหญ่ (5-7 วัน) คะแนน cut off point = 16 2. การจัดการปัญหาของผู้ดูแล (Coping) ประเมินโดยแบบวัด Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985) ให้ผู้ดูแลให้คะแนนการใช้กลยุทธ์ในการจัดการสถานการณ์ มีคะแนน 4 ระดับคือ 0 ไม่เลย, 3 ประจํา การประเมินผลโดยการรวมคะแนน เช่น เน้นที่ปัญหา (Problem-Focus) 15 ข้อ, การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Seeks Social Support) 6 ข้อ, พึ่งพิงศักดิ์สิทธิ์ 6 ข้อ, แบบวัดย่อยการใช้กลยุทธ์เชิงบวก (Positive Coping Scale) 27 ข้อ การใช้กลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) และการกล่าวโทษผู้อื่น 6 ข้อ แบบวัดย่อยนำมาคิดเป็นการใช้กลยุทธ์เชิงลบ (Negative Coping Scale) 16 ข้อ 3. แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (Social Support) ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลต่อ แหล่งสนับสนุนทางสังคมใช้โดยแบบวัด Inventory of Socially Supportive Behaviors มี 11 คำถาม ของการได้รับการสนับสนุน (Received support) แบบวัดนี้ใช้วัดการสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็คือด้านข่าวสาร ด้านการได้รับสิ่งของ ด้านอารมณ์ คะแนน 4 ระดับคือ 0 ไม่เลย, 4 ประจํา

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	การวัดความพึงพอใจต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมวัดใน 3 ด้าน คือ ด้าน ข่าวสาร ด้านการได้รับสิ่งของ ด้านอารมณ์คะแนน 4 ระดับคือ ไม่พอใจเลย ถึง พึงพอใจมาก ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงลบประเมินจาก 4 ข้อ
Data collection	กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ 1 ก่อนให้โปรแกรม 2 เดือนหลังให้โปรแกรม 3 ประเมิน ที่ 6, 12, 18 เดือน หลังเริ่มให้โปรแกรมเพื่อประเมินความคงอยู่ของ โปรแกรม งานวิจัยนี้มุ่งเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกระทำ 3 เดือน
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Coping With Care giving Class (CWC) ซึ่งเป็นโปรแกรม psychoeducational (skill-building) - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 7-9 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง โปรแกรม Coping With Care giving Class ประกอบด้วย Coping With Care giving Class (CWC) เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ ดัดแปลงมาจากงานของ Beck และ Lewinsohn ที่เน้นเรื่อง บทบาทของสมอง และ พฤติกรรมในการพัฒนาและจัดการกับ สภาวะอารมณ์ด้านลบ (The role of cognition and behavior in the development and maintenance of negative affective states) เน้น 2 ด้าน คือ 1) ลดผลกระทบเชิงลบ (negative affect) โดยการผ่อนคลายในภาวะตึงเครียด และ เพิ่มพฤติกรรมด้านดีของผู้สูงอายุอย่างสมเหตุสมผล และ สื่อสารอย่างมี ประสิทธิภาพ 2) เพิ่มอารมณ์ในด้านบวก ทักษะในการมองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างอารมณ์ และการกระทำ พัฒนาการเพิ่มกลยุทธ์ในการเพิ่มการกระทำที่เป็นสุขประจำวัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	เรียนรู้ในการเปลี่ยนเป้าหมายตนเอง และการให้กำลังใจ เพื่อความสำเร็จ ตลอดเวลาการจัดกระทำ และ อุปกรณ์ สื่อต่างๆ เป็น 2 ภาษา คือ ภาษาอังกฤษและภาษาสเปน และผู้ให้การจัดกระทำสามารถให้ได้ทั้ง 2 ภาษา หลังจาก ให้ 10 ครั้ง จะให้การกระตุ้นเดือนละครั้ง เป็นเวลา 8 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติ (Enhanced support group) ที่จัดในชุมชน โดยใช้ตามคู่มือของสมาคมอัลไซเมอร์ เน้นการช่วยเหลือมากกว่าการสอน หรือโปรแกรม Minimal Support condition (MSC) โดยใช้การโทรศัพท์ ผู้ดำเนินการกลุ่ม: จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย นักจิตวิทยา ก่อนและหลังปริญญาเอก นักศึกษาปริญญาโทสังคมสงเคราะห์
Statistical analysis	ANCOVA เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ข้อมูลทั่วไป - เพศ ผู้ดูแลกลุ่ม(ESG) และ กลุ่ม(CWC) เป็นเพศหญิงทั้งหมด - อายุผู้ดูแลกลุ่ม(ESG) เฉลี่ย 55.73 ปี กลุ่ม(CWC) เฉลี่ย 58.69 ปี - จำนวนปีที่อาศัยในอเมริกากลุ่ม(ESG) เฉลี่ย 49.54 ปี กลุ่ม(CWC) เฉลี่ย 47.75 ปี - จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา กลุ่ม(ESG) เฉลี่ย 12.83 ปี กลุ่ม(CWC) เฉลี่ย 12.05 ปี - จำนวนปีที่ให้การดูแล กลุ่ม(ESG) เฉลี่ย 4.55 ปี กลุ่ม(CWC) เฉลี่ย 5.38 ปี - ความสัมพันธ์ ผู้ดูแลกลุ่ม(ESG) มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาจำนวน 35 % เป็นบุตรสาวหรือบุตรสาวบุญธรรมจำนวน 65 % กลุ่ม(CWC) เป็นภรรยาจำนวน 40 % เป็นบุตรสาวหรือบุตรสาวบุญธรรม จำนวน 60 % - ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มลาตินอเมริกัน และ แองโกลอเมริกันกับรูปแบบการจัดกระทำ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Statistical analysis (ต่อ)	1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมก่อน-หลังการทดลอง 3 เดือนหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง (CWC) มีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $t = 2.94, p = .00$ แต่ไม่แตกต่างในกลุ่มควบคุม (ESG) ($t = 0.27, p = .79$) เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้ารายข้อย่อย หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง (CWC) มีผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และผลกระทบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $t = 2.91, p = .00$ และ $t = 2.73, p = .00$ ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม (ESG) ($t = 0.11, p = .92; t = 0.46, p = .67$) 2. การใช้กลยุทธ์ทางบวกในการจัดการปัญหาของผู้ดูแล หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง (CWC) มีการใช้กลยุทธ์ทางบวกในการจัดการปัญหาของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $t = 3.44, p = .00$ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม (ESG) ($t = 0.51, p = .614$) การใช้กลยุทธ์ทางลบในการจัดการปัญหาของผู้ดูแล หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง (CWC) มีการใช้กลยุทธ์ทางลบในการจัดการมีแนวโน้มคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $t = 2.27, p = .03$ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม (ESG) ($t = 0.26, p = .80$) 3. แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล คะแนนปฏิภรณ์ในทางลบต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง (CWC) มีปฏิภรณ์ในทางลบต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $t = 3.41, p = .001$ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม (ESG) ($t = 1.43, p = .15$)
Results	สุขภาพจิตศึกษาที่เป็น(CWC) สามารถทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นเพศหญิงในการเพิ่มทักษะ กลยุทธ์ในการจัดการปัญหา การจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะซึมเศร้า และลดปฏิภรณ์ในทางลบต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม มากกว่าการใช้กลุ่ม สนับสนุนช่วยเหลือญาติ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 13

ชื่อเรื่องงานวิจัย Efficacy of a Psychoeducative Group Program for Caregivers of Demented Persons Living at Home: A Randomized Controlled Trial

ผู้แต่ง Hebert, R., Lévesque, L., Vézina, J., Lavoie, J- P., Ducharme, F., Gendron, C., et al

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Journal of Gerontology, 58B(1), S58-S67 / 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
Design	Experimental research (Two group pre-posttest design)
Level	A
Setting	สมาคมอัลไซเมอร์ และองค์กรเอกชนที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 แห่งในเมืองควิเบก ประเทศแคนาดา
Sample	ตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก่อนอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่คำนึงว่าผู้ดูแลจะอาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือไม่ 2. มีคะแนนความรู้สึกลึกเป็นภาระ ระดับปานกลางถึงรุนแรง 3. ไม่ได้ร่วมกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติอื่นๆ หรือกลุ่มจิตบำบัดอื่นๆ ขณะร่วมทดลอง 4. ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก่อนน้อยกว่า 6 เดือน 2. มีคะแนนความรู้สึกลึกเป็นภาระระดับน้อย 3. ร่วมกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติอื่นๆ 4. ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรม

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย 158 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเป็นชั้นๆ (stratified) เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 14 คน ถูกคัดออก เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 144 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 72 คน กลุ่มควบคุม 72 คน
Research outcome and Instrument	1. ความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรม และปฏิกิริยาของผู้ดูแล ประเมินโดย the Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) ที่พัฒนาโดยเทอร์รี และคอลลิกส์ (Teri & colleagues, 1992) จำนวน 24 ข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีคะแนน 0 = ไม่เลย, 4 = ทุกวัน คะแนนผลกระทบบจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คะแนน 0 = ไม่เลย, 4 = มากสุด 2. ความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview จำนวน 22 ข้อ โดยมีคะแนน 0 = ไม่เลย, 4 = เป็นประจำ คะแนนเต็ม 88 การแปลผล - คะแนนระหว่าง 8-17 มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง - คะแนนระหว่าง 18-32 มีความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง - คะแนนมากกว่า 32 มีความรู้สึกเป็นภาระระดับรุนแรง 3. คะแนนความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) ประเมินโดยแบบวัดความรู้สึกวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory ประกอบด้วย 20 ข้อ ให้ผู้ดูแลให้คะแนนความรู้สึก คำนวณ 1 – 4 คะแนน 0 = ไม่เลย, 4 = ค่อนข้างมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 20-80
Data collection	เก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 2 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Time 2 หลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทันที (ระยะ 16 สัปดาห์) กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 2 ระยะคือ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Data	Time 1 ก่อนให้กลุ่มสนับสนุนญาติ
collection (ต่อ)	Time 2 หลังสิ้นสุดการให้กลุ่มสนับสนุนญาติทันที (ระยะ 16 สัปดาห์)
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อปรับความสามารถในการจัดการกับแหล่งความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พัฒนาตามแนวคิดของลาซาลัส และโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ในเรื่อง stress appraisal and coping โปรแกรมใช้รูปแบบของ skill training โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 12-16 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 15 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ๆ ละครั้ง ติดต่อกัน รวม 15 สัปดาห์รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 30 ชั่วโมง การทำกลุ่ม 15 ครั้ง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 4 ครั้ง เป็นเรื่องการประเมินทางปัญญา (cognitive appraisal) โดยมีวัตถุประสงค์ 1. พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด (caregivers' ability to shift from a global stressor) ลดสถานการณ์ และช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความกระจ่างในปัญหา เพิ่มความตระหนักรู้ 2. พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการรู้ว่าแหล่งความเครียดสิ่งไหนสามารถปรับเปลี่ยนได้ และสิ่งไหนไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (caregivers' ability to distinguish between the changeable and unchangeable aspects of a stressor) 3. ความสามารถของผู้ดูแลตระหนักรู้ว่าระหว่างความสามารถปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด และการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม ซึ่งเรื่องเหล่านี้สมาชิกและผู้นำกลุ่มมีการอภิปรายกัน ส่วนที่ 2 จำนวน 11 ครั้ง เป็นเรื่องกลยุทธ์การจัดการความเครียด (coping strategies)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	มีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนากลยุทธ์การจัดการความเครียดทั้ง 3 กลยุทธ์คือ กลยุทธ์การจัดการกับปัญหา (problem-solving) กลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่ (reframing) กลยุทธ์ในการมองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) และการปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด และการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม (changeability of stressors and the choice of coping strategy) หัวข้อกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา (problem-solving) จัดจำนวน 4 ครั้ง กลยุทธ์การจัดการกับปัญหาใช้หลังจากการใช้ความสามารถการปรับเปลี่ยนตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ซึ่งใช้มากในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้ขั้นตอนที่ ในการแยกแยะที่เป็นสาเหตุของความเครียดที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และเลือกวิธีที่เหมาะสม ซึ่งกลยุทธ์การจัดการกับปัญหาผสมผสานกับเทคนิคทางพฤติกรรม ที่ทำให้สามารถอธิบายสถานการณ์ความเครียด และปรับความถี่และความรุนแรงความเครียดอย่างถูกต้อง หัวข้อกลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่ (reframing) จัดจำนวน 3 ครั้ง กลยุทธ์การเปลี่ยนมุมมองใหม่เน้นการจัดการที่อารมณ์ เพื่อค้นหาทางเลือกมุมมองในการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ทำให้เกิดความเครียด ทำให้สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นทางอารมณ์ได้ เนื้อหาประกอบด้วยการจัดการทางปัญญา ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับ 1) รู้ถึงสิ่งที่เข้าใจ และประเมินคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยสมองเสื่อม และปรับเปลี่ยนมุมมองว่าเป็นผลที่เกิดจากโรคสมองเสื่อม 2) แยกแยะความผิดปกติทางความคิดของผู้ป่วย และแทนด้วยความคิดที่เป็นส่วนๆสร้างความคิดให้รู้พึงพอใจในบทบาทผู้ดูแล 3) เน้นการให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ดูแล หัวข้อกลยุทธ์ในการมองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (seeking social support)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	จัดจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งเน้นเรื่องปัญหาและอารมณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อความผาสุก แต่พบว่าผู้ดูแลไม่เต็มใจที่จะหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขั้นแรกจะให้ผู้ดูแลได้อธิบายความรู้สึกไม่เต็มใจที่จะหาแหล่งสนับสนุน และแยกแยะชนิดของความต้องการแหล่งสนับสนุน และบอกถึงบุคคล เครือข่าย และแหล่งแหล่งสนับสนุนใน กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมสนับสนุนช่วยเหลือญาติตามปกติ (support group program) ที่จัดโดยสมาคมสมองเสื่อม หรือองค์กรสุขภาพในชุมชน - ผู้ดำเนินการกลุ่ม เป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการเป็นผู้นำกลุ่ม
Statistical analysis	t-test และ chi-square ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง ANCOVA ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง
Results	ผลลัพธ์การวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมี 144 คน หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มมากกว่า 9 ครั้งเหลือกลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มควบคุม 58 คน - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 80% - มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 60 ปี - สถานภาพสมรส 84% - อาศัยอยู่กับผู้ป่วย 86% - ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส 61% 1. คะแนนความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรม Between group หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความถี่ของปัญหาทางพฤติกรรม น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .06$) - คะแนนความถี่ปฏิกิริยาของผู้ดูแล

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	Between group หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความถี่ปฏิบัติของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .04$) - คะแนนความถี่ของพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย Between group หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความถี่ของพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .08$) - คะแนนความถี่ปฏิบัติของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย Between group หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความถี่ปฏิบัติของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) 2. คะแนนความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล Between group หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. คะแนนความรู้สึกวิตกกังวล Between group หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย คะแนนความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำกลุ่มทั้งหมด 15 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 30 ชั่วโมง ทำกลุ่มทุกสัปดาห์ๆ ละครั้ง ติดต่อกัน สามารถลดความถี่ปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย และความถี่ปฏิบัติของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยสิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ ความรู้สึกเป็นภาระ ความกดดันทางจิตใจ จะสัมพันธ์กับประสพการณ์ของผู้ดูแลด้วยข้อจำกัดคือ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้มีข้อจำกัดคือ การจัดกระทำที่มีจำนวนครั้งที่มาก อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มได้ไม่ตลอด

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 14

ชื่อเรื่องงานวิจัย Anger and Depression Management : Psychoeducational Skill Training
Interventions for Women Caregivers of a Relative With Dementia

ผู้แต่ง Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., & Gallagher-Thompson,

แหล่งตีพิมพ์ / ปี The Gerontologist , 43(5), 678 – 689 / 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโปรแกรมการจัดการความโกรธและภาวะซึมเศร้า ต่อความเศร้าโศกทางจิตใจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
Design	Experimental research (Three group pre-post test design)
Level	A
Setting	ในชุมชน ประเทศสหรัฐอเมริกา
Sample	เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจาก setting ตามเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ดูแลเพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป 2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลคู่สมรส หรือญาติที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม 3. หากผู้ดูแลได้รับยาทางจิตเวช ต้องได้รับยาแบบสม่ำเสมอ คงที่อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 4. ให้ความยินยอมเข้าร่วมกลุ่มตามที่สุ่ม
	เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ดูแลที่แสดงอาการของโรคจิต โรคจิตสสารเรื้อรัง มีความคิดฆ่าตัวตาย โรคอารมณ์แปรปรวน 2. ไม่อยู่ระหว่างการรับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช 3. ผู้ดูแลที่ปรากฏอาการของความจำเสื่อมเฉียบพลัน จากการประเมินแบบประเมินสมองเบื้องต้น (MMSE)
	ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 169 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเข้ากลุ่มประกอบด้วย 3 กลุ่ม

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	1. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการกับความโกรธ (Anger Management) จำนวน 53 คน จัดเป็นกลุ่ม 8 กลุ่ม กลุ่มจัดการกับความซึมเศร้า จำนวน 64 คน จัดเป็นกลุ่ม 10 กลุ่ม 2. กลุ่มควบคุม จำนวน 52 คน
Research outcome and Instrument	1. ระดับความรู้สึกโกรธ (anger) ประเมินโดยแบบสอบถาม the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) ใช้วัดความรู้สึกโกรธจำนวน 10 ข้อ ที่สะท้อนความรู้สึกโกรธ - คะแนนความถี่ของความรู้สึกโกรธหรือก้าวร้าวของผู้ดูแล (Anger-Hostility) ประเมินโดยแบบสอบถาม The STAXI Anger Expression-Out scale (STAXI AX-O) เป็นแบบสอบถาม ความถี่บ่อยของความรู้สึกโกรธที่แสดงออกทั้งพฤติกรรมและการพูด มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เช่น การแสดงของความโกรธ ได้เถียงกับคนอื่น ขาดสติ การให้คะแนนโดยความถี่บ่อยของความรู้สึก คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 32 การประเมินผลคะแนน 8 - 13 ความรู้สึกโกรธต่ำ คะแนน 14 - 24 ความรู้สึกโกรธระดับสูง 2. คะแนนความ รู้สึกไม่เป็นมิตรของผู้ดูแล (hostility) ประเมินโดยแบบสอบถาม Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL) ประกอบด้วย รายการมีข้อคำถามอารมณ์เชิงบวกและเชิงลบ 132 ข้อ ถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3. คะแนนการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด (Coping Strategies) ประเมินโดยแบบสอบถาม Ways of Coping Checklist—Revised ประกอบด้วยกลยุทธ์เชิงบวกและกลยุทธ์เชิงลบ 4. คะแนนความสามารถแห่งตนของผู้ดูแล (Self-Efficacy) ประเมินโดยแบบวัดความสามารถแห่งตน (Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy) มี 3 ส่วนในงานวิจัยนี้ใช้ 2 ส่วน คือ คะแนนการตอบสนองต่อพฤติกรรมรบกวนของผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ การควบคุมความคิดที่ว้าวุ่น จำนวน 5 ข้อโดยมีระดับคะแนน 0-100 % ให้ผู้ดูแลให้คะแนนตามความเชื่อมั่นของตน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	5. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (depressive symptoms) โดยแบบประเมินแบบ วัดภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อ มีส่วนของ ด้านปัญญา พฤติกรรม และอาการที่แสดงออกทางกาย การประเมินคะแนน คะแนน 0-12 อาการซึมเศร้าระดับต่ำ คะแนน 13-31 อาการซึมเศร้าระดับสูง
Data collection	กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา Time 2 ที่ระยะเวลาประมาณ 4 เดือน Time 3 ระยะติดตามผลหลังจาก Time 2 ประมาณ 3 เดือน กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 2 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา Time 2 ที่ระยะเวลาประมาณ 3-4 เดือน
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โปรแกรมใช้รูปแบบ skill training โปรแกรมประกอบด้วย 2 รูปแบบคือการจัดการกับความโกรธ (Anger Management Class) และการจัดการกับภาวะซึมเศร้า (Depression Management Class) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย - ทำรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน - ทำกลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง โดยทำกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง ตาม ด้วยการสอน กระตุ้นอีก 2 ครั้งใน 1 เดือนต่อมา รวมใช้เวลาทำทั้งหมด 20 สัปดาห์ โครงสร้างกลุ่ม กลุ่มก่อนข้างเป็นทางการโดยในแต่ละครั้งเริ่มด้วย การตรวจสอบรายชื่อ แนะนำตัว การทบทวนการบ้าน ทบทวนการฝึกหัดระหว่างแต่ละครั้ง และทบทวน ปัญหาที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มเห็นว่าสำคัญ แล้วเป็นการบรรยายรูปแบบต่างๆ เป็นเวลา 20-30 นาที เวลาที่เหลือจะเป็นการศึกษาเอกสารหรือฝึกหรืออภิปรายรายบุคคล จบด้วย การบ้านสำหรับสัปดาห์ถัดไปเนื้อหาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	- โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาการจัดการกับความโกรธ (Anger Management Class) ใช้กับการจัดการกับความโกรธระยะเริ่มต้น โปรแกรมการจัดการกับความโกรธมีส่วนประกอบหลายส่วน โดยตั้งชื่อกลุ่มว่า การจัดการกับความคับข้องใจ โดยการทำกลุ่ม 8 ครั้ง ซึ่งพอจะแยกได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 กล่าว ถึงรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญา และการรักษาที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 อภิปรายถึงสาเหตุของความคับข้องใจและสอนทักษะการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 3 การติดตามความต่อเนื่องการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 4 การสอนทักษะทางปัญญา การใช้ทักษะการพูดคุยทางบวกกับตนเอง การสังเกตความคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งมักจะเป็นที่มาของความคับข้องใจ ครั้งที่ 5 การสอนทักษะการปรับเปลี่ยนเป็นการกล้าแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขวิธีการสื่อสารที่ก้าวร้าวและยอมตามซึ่งมักจะแสดงออกเวลาที่มีความคับข้องใจ ครั้งที่ 6 และเล่นละครบทบาทสมมติกับครอบครัว เพื่อฝึกการใช้ทักษะเหล่านี้ ครั้งที่ 7 สอนให้นึกถึงความคับข้องใจที่อาจจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ในอนาคต ครั้งที่ 8 ทบทวนการฝึกซ้อมการใช้ทักษะการจัดการกับความโกรธที่ดีกว่าในการจัดการกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาการจัดการกับความเศร้า (Depression Management Class) อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และโครงสร้างพื้นฐานการจัดการทางปัญญา เป้าหมายเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยการทำกลุ่ม 8 ครั้งซึ่งพอจะแยกได้ ดังนี้ ครั้งที่ 1 เน้นการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์เชิงลบและความถี่บ่อยของการกระทำที่เป็นความสุขในแต่ละวัน ครั้งที่ 2 เน้นการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และเหตุการณ์ที่เป็นความสุข

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ครั้งที่ 3 พัฒนาเทคนิคการสังเกตด้วยตนเองในการประเมินอารมณ์ และเหตุการณ์ที่เป็นความสุข ครั้งที่ 4-5 พัฒนากระทำที่เป็นความสุขในแต่ละวันของแต่ละคนที่จะสามารถเพิ่มได้ ครั้งที่ 6 เพิ่มความตระหนักรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ครั้งที่ 7 การควบคุมกิจกรรมที่เข้าร่วม และการวางแผนเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความสุขอย่างสม่ำเสมอ ครั้งที่ 8 เน้นการดำรงไว้ซึ่งการกระทำเชิงบวกในระดับสูงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลุ่มควบคุม ได้รับการประเมินในตอนแรก และการประเมินครั้งที่สอง 3-4 เดือนต่อมา ระหว่างนี้จะมีการโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษาความสนใจที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการ เช่น มีการสอบถามเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีการโทรเตือนเพื่อให้เข้ารับการประเมินครั้งที่สอง หลังการประเมินครั้งที่สอง กลุ่มควบคุมจะได้รับโอกาสให้เข้าร่วมในกลุ่มพัฒนาทักษะการจัดการกับความโกรธ หรือกลุ่มพัฒนาทักษะการจัดการกับความเศร้า - ผู้ดำเนินการกลุ่ม ประกอบด้วยผู้นำกลุ่มและ ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มรวม 2 คนเป็นนักจิตวิทยาคลินิกแพทย์ ได้รับการฝึกให้ทำกิจกรรมตามการออกแบบของผู้วิจัย และได้กับการปฐมนิเทศในครั้งแรก และมีการติดตามนิเทศเป็นรายสัปดาห์
Statistical analysis	ANOVA และ MANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม
Results	ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมี 169 คน - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเป็นเพศหญิง - มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 63.7 ปี - ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- การศึกษาส่วนใหญ่ 14.4 ปี - รายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 3 หมื่นเหรียญสหรัฐต่อปี ผลลัพธ์การวิจัย 1. ระดับความรู้สึกโกรธ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรู้สึกโกรธลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,101)=3.9, p=.02$ 2. ความ ก้าวร้าวของผู้ดูแล หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรู้สึกก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,88)=4.5, p=.01$ 3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีระดับซึมเศร้าต่ำอย่างมีนัยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1,89)=56, p=.02$ 4. การใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดเชิงบวก-ลบ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดเชิงบวกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,100)=3.0, p=.05$ ขณะที่การใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดเชิงลบไม่แตกต่างกัน 5. ความสามารถแห่งตนของผู้ดูแล หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ความสามารถแห่งตนของผู้ดูแลทั้งด้านการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย การจัดการความคิดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,118)=4.7, p=.01$ และ $F(2,118)=3.8, p=.03$,
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ทำทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทำติดต่อกันทุกสัปดาห์ สามารถลดความโกรธ ความก้าวร้าว ความเศร้า เพิ่มการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดเชิงบวก และความสามารถแห่งตน สิ่งที่งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะคือ การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา อาจไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม เพราะผู้ดูแลบางคนไม่อาจที่บ้านเดินทางมาร่วม

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implications (ต่อ)	กิจกรรมกลุ่มได้ ผู้วิจัยเสนอให้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้ ระยะทางเป็นพื้นฐาน ข้อจำกัดคือ โปรแกรมจัดสำหรับผู้ดูแลเป็นเพศหญิงอาจไม่เหมาะสมกับเพศชาย และผู้ดูแลสูงอายุโรคสมองเสื่อมต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด 10 ครั้ง ซึ่ง ยาวนาน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 15

ชื่อเรื่องงานวิจัย Taking Care of Myself” Efficacy of an intervention programme for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting

ผู้แต่ง Ducharme, F., Levesque, L., Lachance, L., Giroux, F., Legault, A., & Previle,

แหล่งตีพิมพ์ / ปี Dementia, 4(1). 23 - 47. / 2005

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง (Taking Care of Myself) ต่อผลลัพธ์ความกดดันทางจิตใจ ความเครียด การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป การเผชิญปัญหา และความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ
Design	A experimental research (randomized, control group, comparison group, three groups pre-post test design)
Level	A
Setting	สถานให้การดูแลระยะยาวของรัฐในเมืองมอนเทรียล ประเทศแคนาดา ที่ใช้ภาษาฝรั่งเศสเป็นภาษาพูดจำนวน 27 แห่ง
Sample	เกณฑ์การคัดเข้า 1. ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นบุตรสาว หรือคู่สมรส 2. เป็นดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับการรักษาในสถานให้การดูแลระยะยาวที่รักษาอยู่อย่างน้อย 6 เดือน 3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดรักษาไม่ได้ เกณฑ์การคัดออก ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดได้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 137 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ แบ่งตัวอย่าง เป็น 3 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 41 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 51 คน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	หัวข้อ
Research outcome and Instrument	1. ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) ประเมินโดยใช้แบบวัดความกดดันทางจิตใจ (The Psychological Distress Index, an adapted version of the Psychiatric Symptoms Index) โดยที่ปรับให้เหมาะการวัดทางจิตโดย อีลเฟลด์ ในปี 1976 จำนวน 14 ข้อ เป็นภาษาอังกฤษ และฝรั่งเศส 2. การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป (Role overload) ประเมินโดยแบบสอบถามที่พัฒนาโดยแพร์ลิน และคณะ ในปี 1990 มีจำนวน 4 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับคือ 4 = จริงมาก 1= ไม่จริงทั้งหมด) ซึ่งแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาฝรั่งเศส 3. การประเมินความเครียด (Stress appraisal) ประเมินโดยใช้แบบวัด Stress Appraisal Measure (SAM; Peacock & Wong, 1990) ซึ่งมี 7 หัวข้อย่อย 4. การเผชิญปัญหา (Coping strategies) ประเมินโดยใช้แบบวัด Carers' Assessment of Managing Index (CAMI; Nolan, Keady, & Grant, 1995) 5. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแล (Competence dealing with health care staff) ประเมินโดยแบบวัดที่พัฒนาโดย Koren, DeChillo, and Friesen (1992), มี 12 indicators วัดเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
Data collection	เก็บข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ใน 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 หลังการทดลองสิ้นสุดทันที
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ที่ใช้รูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจ empowerment perspective และ stress and Coping (Lazarus & Folkman, 1984) - ขนาดของกลุ่ม 6-8 คน - โปรแกรมนี้ทำนาน 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาชื่อการบำบัด Taking Care of Myself intervention programme มีเนื้อหาหลักในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยมีเป้าหมายของโปรแกรม มี 6 หัวข้อ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	1. การประเมินความเครียด 2. การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล ให้เกิดตระหนักรู้ของตนถึงความเข้มแข็ง และความสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองความเครียด ฝึกควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ 3. เน้นทักษะการเผชิญความเครียด 3 ทักษะคือ ทักษะการจัดการปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ และการจัดการกับอาการความเครียด เนื้อหาที่สอนมีดังนี้ ทำอย่างไรให้รู้สึกลดความกังวลกับผู้ป่วย การพูดแสดงความรู้สึกให้กับบุคลากรรู้ได้อย่างไร ทำอย่างไรหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่รู้สึกแย่ ทำให้เผชิญกับความรู้สึกสูญเสียของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทุกวัน และเตรียมรับกับสูญเสีย จะไปใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนได้เมื่อไหร่ จะจัดระบบชีวิตตัวเองอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในสถานดูแล การจัดการกับชีวิต และการดูแลตนเอง วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการอภิปราย การเขียนแบบฝึกหัด การแสดงละครบทบาทสมมติ กลุ่มเปรียบเทียบ (Alzheimer group) ได้รับโปรแกรมระยะเวลาเท่ากับกลุ่มทดลอง คือ 10 สัปดาห์ๆ ละครั้ง โดยเจ้าหน้าที่จากสมาคมอัลไซเมอร์ในคิวเบก แต่ไม่ได้บอกรายละเอียดเนื้อหา กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ผู้ดำเนินการกลุ่ม: ผู้นำในการทำกลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาล และจิตแพทย์ ที่มีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่ม และมีความรู้ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสถานดูแลระยะยาว ผู้นำกลุ่มได้รับการฝึกอบรมจำนวน 4 วัน แนะนำเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรม ฟังเทปบันทึก การฝึกบทบาทสมมติ การนำโปรแกรมไปใช้ผู้นำกลุ่มต้องตรวจสอบโดยการฟังเทปวิทยุของเนื้อหาทั้ง 10 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ซึ่งแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องลงบันทึกให้สมบูรณ์เพื่อให้แน่ใจว่าโปรแกรมดำเนินไปตามแผนที่วางไว้
Statistical analysis	Multivariate analyses of variance (MANOVA)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ทั้ง 3 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้ - เพศ ผู้ดูแลทั้ง 3 กลุ่มเป็นเพศหญิงทั้งหมด - ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอายุน้อยกว่ากลุ่มทดลอง เป็นผู้ดูแลหลักมากกว่า แต่ทำงานนอกบ้านน้อยกว่า - การศึกษา กลุ่มอัลไซเมอร์ (AG) การศึกษาน้อยกว่า กลุ่มทดลอง(EG) และกลุ่มควบคุม ลักษณะผู้ป่วย - ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง - อายุมากกว่า 80 ปี มีภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างรุนแรง ผลลัพธ์การวิจัย ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ MANOVA ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันตามผลลัพธ์ ความกดดันทางจิตใจ การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป ความเครียด การเผชิญปัญหา และความสามารถในการติดต่อสื่อสารพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ใหม่ด้วยวิธี prediction analysis เป็นการวิเคราะห์ผลเปอร์เซ็นต์ของผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จโดยมีเกณฑ์กำหนด และดูการพัฒนาของตัวแปรที่วัดแต่ละตัว จากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1. ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกดดันทางจิตใจลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.24$ 2. การรับรู้บทบาทที่มากเกินไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าพบว่าการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทที่มากเกินไป ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.19$ 3. ความเครียด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.35$ 4. การเผชิญปัญหา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหา ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.39$ 5. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแล เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยความสามารถในการติดต่อสื่อสารลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p = 0.21$
Implications	โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Taking Care of Myself) สามารถทำให้ผลลัพธ์ ดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การนำไปใช้ควรพิจารณา ข้อจำกัด โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Taking Care of Myself) มีข้อจำกัด ด้านภาษา โปรแกรมไม่ได้บอกรายละเอียดในเนื้อหามากนัก และผู้นำกลุ่มต้อง ได้รับการฝึกอบรมก่อนจึงสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแล
ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (ต่อ)

เรื่องที่ 16

ชื่อเรื่องงานวิจัย Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers

ผู้แต่ง Marti'n-Carrasco, M., Marti'n, M.F., Valero, C. P., Milla'n, P. R., Garcí'a, C. I., Montalban, S. R., et al.

แหล่งตีพิมพ์ / ปี International Journal of Geriatric Psychiatry / 2008

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation Intervention program) ต่อความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในยุโรปตอนใต้
Design	Experimental research (Two group pre-posttest design)
Level	A
Setting	คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช 11 แห่ง และคลินิกผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช่โรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศสเปน
Sample	เกณฑ์การคัดเลือก 1. ผู้ดูแลเป็นเพศชายและหญิงที่ได้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2. อาศัยในชุมชน 3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 4. อาศัยอยู่กับผู้ป่วย 5. ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างน้อยวันละ 4 ชม. 6. ต้องมีคะแนนความรู้สึกรับภาระก่อนเริ่มการทดลองวัดโดย Zarit Scale มากกว่า 22 คะแนน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่า สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตามเกณฑ์ของ DSM IV-TR มีคะแนน Mini-Mental State Examination ระหว่าง 10-26 และอย่างน้อยต้องมีความพร่องในกิจกรรม instrumental activity 2 อย่างตามการประเมินด้วย Lawton and Brody Scale มีคะแนน Katz Index บกพร่องในกิจกรรมชีวิตประจำวัน

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	บกพร่อง 1 อย่าง และได้รับการรักษาด้วย Rivastigmine ขนาด 6 mg/วัน ขึ้นไป เป็นระยะเวลา 6 เดือน เป็นอย่างน้อย เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรม 2. ผู้ดูแลที่กำลังได้รับการทางด้านจิตสังคมเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระ หรือเคยได้รับมาก่อนในระยะ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้าได้รับการเลือกทั้งหมด 115 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมประกอบด้วย - กลุ่มทดลองจำนวน 60 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 55 คน
Research outcome and Instrument	1. ความรู้สึกเป็นภาระ (caregiver burden) ประเมินโดยเครื่องมือวัดภาระการดูแล Zarit Caregiver Burden Interview ซึ่งดัดแปลงจากต้นฉบับเป็นภาษาสเปน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้ดูแลประเมินตนเอง มีค่าความเที่ยงและความตรงในระดับที่ดี มีคะแนนประเมินตั้งแต่ 22-110 คะแนน จำแนกได้เป็น 3 ระดับ คือ - 22-46 คะแนน หมายถึงมีความตึงเครียดระดับน้อย - 47-55 คะแนน มีความตึงเครียดปานกลาง - และ 56-110 คะแนน มีความตึงเครียดมาก 2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (caregiver quality of life) ประเมินโดยเครื่องมือ ด้วยแบบวัด SF-36 Health Survey Questionnaire ฉบับภาษาสเปน ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง ซึ่งมีค่าความเที่ยงและความตรงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ประกอบด้วย 36 ข้อคำถามแบ่งเป็น 8 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางกาย (physical functioning) การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกาย (role limitation due to physical problems) ความจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (role limitation due to emotional problems) สุขภาพจิต (mental health) พลังกำลัง (vitality) ความเจ็บปวดทางกาย (physical pain) การรับรู้สุขภาพทั่วไป (perception of general health) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ยิ่งคะแนนมากหมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcome and Instrument (ต่อ)	3. สภาพจิตของผู้ดูแล (caregiver mental health status) ประเมินโดยเครื่องมือ General Health Questionnaire (GHQ-28) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดแยก ความผิดปกติทางจิตในกลุ่มประชากรทั่วไปที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้าน อารมณ์ ด้านการกระทำกิจกรรม ด้านจิตใจ ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ขึ้นไปถือว่ามีความบกพร่องทางจิต
Data collection	กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation Intervention program) Time 2 ระยะ 4 เดือน คือหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทันที Time 3 ระยะ 10 เดือน (หรือ 6 เดือนหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา) กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของงานวิจัย 3 ระยะคือ Time 1 ก่อนให้โปรแกรม Time 2 ระยะ 4 เดือน Time 3 ระยะ 10 เดือน
Intervention	กลุ่มทดลอง ได้รับบริการมาตรฐาน ร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา Psychoeducational Intervention Program (PIP) โปรแกรมใช้รูปแบบ skills training educational ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ครั้งละ 90 นาที ห่างกันทุก 1-2 สัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลา 4 เดือน - ขนาดกลุ่มๆละ 14 คน - จำนวนครั้งของโปรแกรม จำนวน 8 ครั้ง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา(PIP) เป็นลักษณะฝึกทักษะ (skills training educational) การดำเนินการในกลุ่มทดลองเป็นรูปแบบกิจกรรมของ Palo Alto model จะให้ความรู้โดยกิจกรรมฝึกทักษะ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลควบคุมความตึงเครียดและความเครียดจากการดูแลเพื่อสอนผู้ดูแลให้ใช้กลยุทธ์จัดการกับปัญหาพฤติกรรม เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	รายละเอียดโปรแกรมประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ครั้งที่ 2 การสอนให้ผู้ดูแลควบคุมความตึงเครียดและความเครียดเนื่องจากการดูแล ครั้งที่ 3 กลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ครั้งที่ 4 เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ครั้งที่ 5 การแนะแนวเน้น cognitive-behavioral เช่น การควบคุมตัวกระตุ้น ครั้งที่ 6 เทคนิค กลยุทธ์การจัดโครงสร้างใหม่ ครั้งที่ 7 เทคนิค การจัดการปัญหา ครั้งที่ 8 เทคนิคการให้รางวัล กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ ความเปลี่ยนแปลงของโรคอัลไซเมอร์ ข้อมูลความเจ็บป่วยรายบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลจะให้เป็นรายบุคคลแบบตัวต่อตัว และทางโทรศัพท์ ข้อมูลแผ่นพับเกี่ยวกับ โรค และสถานบริการในชุมชนที่ผู้ดูแลสามารถจะไปใช้บริการได้โดยตรง ผู้ดำเนินการกลุ่ม: จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก หรือพยาบาล หรือนักสังคม สงเคราะห์ ผู้ดำเนินการกลุ่มจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกลุ่ม 10 ชั่วโมง
Statistical analysis	- ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลระหว่าง ก่อนการทดลองและคะแนนหลังการทดลอง ของแต่ละกลุ่ม Wilcoxon test เปรียบเทียบคะแนนดิบเฉลี่ยระหว่างกลุ่มในการเยี่ยมแต่ละครั้ง Wilcoxon test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนน การดูแล, คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแล และคะแนน สภาพจิตของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมี 115 คน และอยู่จนสิ้นสุดการวิจัย 104 คน - กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง - ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-61 ปี ผลลัพธ์การวิจัย 1. ความรู้สึกเป็นภาระก่อน-หลังการทดลองพบว่า Within group - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรู้สึกเป็นภาระก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 6 เดือน พบว่า คะแนนภาระการผู้ดูแลเฉลี่ย ลดลง เท่ากับ 62 และ 56.69 และ 54.0 ตามลำดับ - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระหลังการทดลองและก่อนการทดลองพบว่า คะแนนภาระ หลังการทดลองลดลง เท่ากับ 58.4 และ 58.3 ตามลำดับ แต่หลังการติดตามผล 6 เดือน เพิ่มขึ้นเท่ากับ 60.5 Between group - หลังการทดลอง หลังการติดตามผล 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = 0.0083$ 2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล Between group หลังการทดลองกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกด้าน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) 3. เปรียบเทียบคะแนนสภาพจิตของผู้ดูแล หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยสภาพจิตของผู้ดูแลโดยรวมและด้านการทำกิจกรรม กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) หลังการติดตามผล 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสภาพจิตของผู้ดูแลโดยรวม และรายด้านกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคสมองเสื่อม (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implications	พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation Intervention program) สามารถ ลดความรู้สึกเป็นภาระ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดผลทางสภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมได้

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นายนำพล กิ่งก้าน
วันเดือนปีเกิด	20 มกราคม 2507
สถานที่เกิด	ปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, พ.ศ. 2534: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) กรุงเทพฯ
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูงอายุชาย 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี โทร: 02-5250981 ต่อ 2381
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	56/16 หมู่ที่ 5 ตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทร: 081-7120027