

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

รัตนา เบ็ญชา ว.พย.*

อรนลิน สิงขรณ์ พย.ม., ว.พย. **

วรางคณา สมร่างว.พย.*

พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์ปร.ด. ศศ.ม., ว.พย. **

นาตญา พแดนนอกพย.ม., ว.พย. **

ประภัสสร ธรรมเมธาพย.ม., ว.พย. **

ภาวดี เหมทานนท์ ปร.ด., พย.ม., พยบ. ***

นพรัตน์ ไชยธานีปร.ด., พย.ม., ว.พย. ****

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในช่วงเวลาที่ต่างกัน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่มาใช้บริการ ณ คลินิกสุขภาพจิต กลุ่มงานบริการต้นปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลเทิง จำนวน 32 รายตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย มีอายุเฉลี่ย 58.13 (SD = 9.18) ปี ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และเป็นกลุ่มควบคุม 16 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.00 (SD = 10.61) ปี ได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมในระยะก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 (Post-test 1) และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 10 (Post-test 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 1 ปัจจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($F = 302.712$ $p < .000$) และค่าปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($F = 30.284^*$; $p < .000$) และภายในกลุ่มทดลองการรับรู้ภาวะฯ ก่อนการทดลอง สูงกว่า หลังการทดลอง และสูงระยะการติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปผลการศึกษาได้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังมีผลต่อการลดระดับการรับรู้ภาวะของญาติระหว่างกลุ่มที่ศึกษาและภายในกลุ่มทดลอง

คำสำคัญ : การบำบัดด้วยความหวังการรับรู้ภาวะญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

โรงพยาบาลเทิง * มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง **

Effects of a Hope Therapy Program on the Perceived Burden of Caregivers of Dementia Patients with Behavioral and Psychological Symptoms.

RattanaBencha, M.P.H*

Onnalin Singkhorn, M.N.S., APN. **

WarangkanaSomrang, B.N.S*

PimratBoonyapuk, Ph.D. **

NattayaPhadaennok, M.N.S. **

PrapatsornThammatha, M.N.S. **

PawadeeHamtanon, Ph.D. ***

NopparatChaichumni, Ph.D. ****

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to study the effects of a hope therapy program on the perceived burden of caregivers of dementia patients with behavioral and psychological symptoms compared with the patients who received the usual care at different times. The participants were 32 caregivers of dementia patients with behavioral and psychological symptoms in mental health clinic primary and holistic services group Thoeng hospital. The experimental group was 16 caregivers, with a mean age of 58.13 years (SD=9.18), who received a hope therapy program on the perceived burden of caregivers of dementia patients with behavioral and psychological symptoms, while 16 caregivers were in the control group, with a mean age of 50.00 years (SD=10.61), who did not receive the hope therapy program. Instruments were questions for the perception of the burden of caregivers of elderly patients with dementia at pre-test, the eighth week, and the tenth week. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results showed that after the experimental group received the program, the burden score of caregivers of elderly patients with dementia significantly differed from the control group at .05 ($F = 302.712$ $p < .000$). The mean perceived burden score of caregivers of elderly patients with dementia between the experimental group and the control group, before receiving, after receiving, and the follow-up period showed significant differences at .05 ($F = 30.284^*$; $p < .000$). In addition, within the experimental group, the perceived burden scores at pre-test were higher than after receiving the program and higher in the follow-up period, while there was no significant difference within the control group. Therefore, the program resulted in lower burden scores of caregivers who received the hope therapy program.

Keywords: Hope therapy, Burden among caregivers, Elderly with dementia with behavioral and psychological symptoms.

Thoeng Hospital * Mae Fah Laung University **

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมสภาพในการทำงานของสมอง ปัจจุบัน มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 60 เป็นคนที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกคาดว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคน ในปี 2573 และจะเพิ่มเป็น 139 ล้านคน ในปี 2593 (World Health Organization: WHO, 2021) โดยพบความชุกของโรคนี้นั้นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Cao, et al, 2020) ในอัตราส่วน 1:64–1:73 (GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators, 2022). และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทวีปเอเชียตะวันออก (Prince, et al, 2016) สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้น พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 และจากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ ปี พ.ศ. 2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร (ภรณวิทย์ อนันต์ดิถีฤทธิ์, 2564)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิต เป็นอันดับ 7 ในบรรดาโรคทั้งหมด และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความทุพพลภาพ และการพึ่งพาอาศัยกันของผู้สูงอายุทั่วโลก (WHO, 2021) อีกทั้งยังพบว่า ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจไม่เฉพาะเพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมโดยรวมอีกด้วย โดยทั่วไปแล้วผู้ดูแลผู้สูงอายุมักขาดความตระหนัก และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม จึงมักถูกตีตราจากสังคมว่า ประพฤติตนไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เดินออกนอกบ้านแบบไม่มีจุดหมาย แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป หลับและตื่นไม่เป็นเวลาตามปกติ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และอาการซึมเศร้า (Huang, et al, 2017) ซึ่งอาการเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความเป็นจริงที่เสียไป (Chiu, et al., 2018) ซึ่งส่งผลให้ญาติเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล รู้สึกหมดหวังในการดูแล และรู้สึกเป็นภาระตามมาได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เกือบร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีภาระการดูแล (burden care) อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 70 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ 1 ใน 4 ของผู้ดูแล มีภาวะซึมเศร้า (Mougias et al., 2015) ความเครียด นอนไม่หลับ และมีปัญหาสุขภาพกาย เช่น ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอ่อนเพลีย/อ่อนล้ามากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป (Laks et al., 2016) และจากการศึกษาของ Sakurai และคณะ พบว่า ผู้ดูแลมักมีการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติตลอดเวลาในช่วงการนอน โดยเฉพาะช่วงแรกของการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลนอนหลับไม่สนิท เพราะวิตกกังวลว่า ผู้สูงอายุจะออกมาเดินในเวลากลางคืน และเกิดอันตรายขึ้นระหว่างที่ผู้ดูแลนอนหลับ จึงทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดการอ่อนล้า (Sakurai et al., 2015) นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว เพศของผู้ดูแล ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางครอบครัว การเห็นคุณค่าของตนเอง และสุขภาพจิตของผู้ดูแล (Alvira et al., 2015) พฤติกรรมก้าวร้าว และอารมณ์แปรปรวนง่ายของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Tremont et al., 2015) ทั้งนี้ ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการให้มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการขอคำปรึกษา รวมถึง จัดการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลรักษาเบื้องต้นของโรคร่วมทางกายที่สามารถเกิดได้กับผู้ป่วยสูงอายุให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย (ภุชณิศา ยังอยู่ และคณะ, 2560) จะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมใน

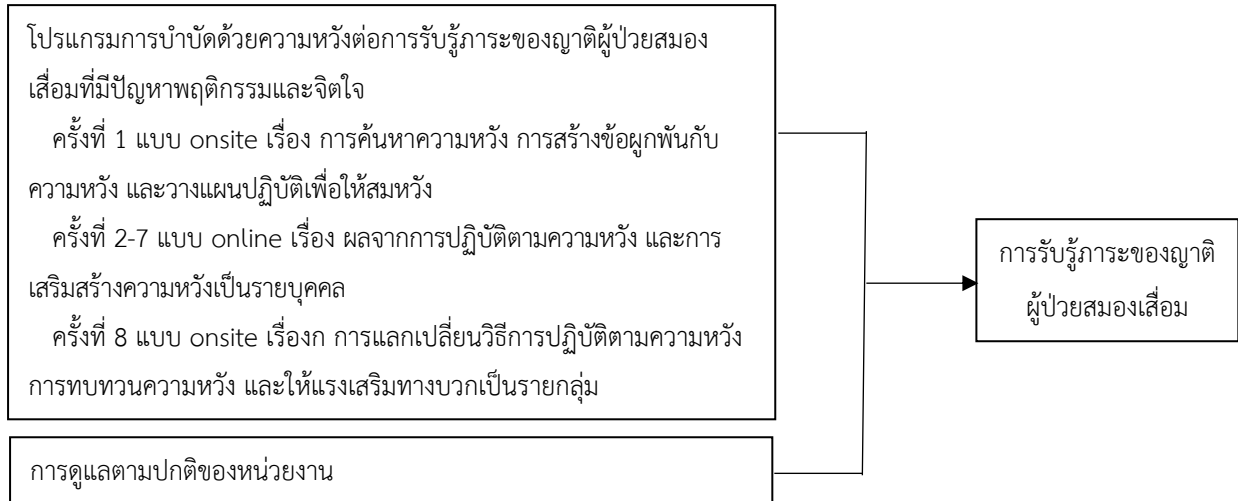
ผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และครอบครัวของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น การบำบัดด้วยความหวังให้แก่ญาติ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีทั้งตัวผู้ดูแลเองในการจัดการความเครียด สามารถเผชิญปัญหาในการดูแลได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทฤษฎีความหวัง (hope theory) ที่เชื่อว่า ทุกการกระทำของมนุษย์ คือ การมุ่งสู่เป้าหมาย และทุกเป้าหมาย คือ การเกิดความหวังในจิตใจของบุคคล หากบุคคลมีความหวังในชีวิต จะช่วยให้มีพลังในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ สิ่งที่สำคัญ คือ เป้าหมายควรเป็นความจริงที่มีคุณค่าพอสำหรับบุคคล และส่งผลให้เป้าหมายที่วางแผนไว้ สามารถทำได้สำเร็จ (Snyder, 1991; Snyder, et al., 2003) ทั้งนี้ การบำบัดที่ใช้ความหวังเป็นฐาน (hope-based interventions) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประโยชน์จากการสร้างความหวังในกระบวนการบำบัด โดยพบว่าความหวังเป็นจุดแข็งที่อ่อนแอ ซึ่งผู้บำบัดสามารถใช้ความหวังเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น เพื่อช่วยสร้างพลังใจ และค้นหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Kirmani, et al., 2015) โดยเฉพาะในผู้ป่วยทางจิตเวช การเสริมสร้างความหวัง เพิ่มความคิดที่มีความหวัง และเพิ่มกิจกรรมการแสวงหาเป้าหมายในชีวิต ใช้วิธีการเน้นไปที่จุดแข็งในการกำหนดเป้าหมาย การค้นหาวิธีการ และการสร้างแรงจูงใจในการที่จะไปถึงเป้าหมาย มีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Schrack, et al., 2011) ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เพื่อช่วยให้ญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้มีความหวัง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นตามไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจสภาพปัญหาเกี่ยวกับความหวังและการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนและหลังการโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมกับการรักษาด้วยยา และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา คือ ญาติ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมฯ ดีขึ้นภายใน 1 เดือน และ 3 เดือน (นพรัตน์ ไชยขำนิ และคณะ, 2562) ได้ค่า Mean ในกลุ่มทดลอง = 49.30, SD. = 14.40 และได้ ค่า Mean ในกลุ่มควบคุม = 42.50, SD. = 16.00 ได้ค่า Effect size 6.12 นำไปหาค่ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Polit (1996) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 25 คน เพื่อป้องกันอัตราการ Drop out ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 (Gupta et al, 2016) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีคุณสมบัติ ดังนี้

- ญาติหรือผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมานานไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- มีคะแนนรูสึกตั้งแต่การเล็กน้อยขึ้นไป
- ผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างน้อย วันละ 6 ชั่วโมง
- มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
- สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

มีโรคประจำตัวด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจที่เป็นอุปสรรคไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2565 เลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีจับสลาก (simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย กลุ่มควบคุม 16 ราย

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก และแบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อความทั้งหมด 26 ข้อ และคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง หรือเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง หรือระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ หรือมากที่สุด

การให้คะแนน มีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (คือ ข้อ 2, 9, 11) และมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ

ข้อความทางลบ 3 ข้อ		ข้อความทางบวก 23 ข้อ	
ไม่เลย	5 คะแนน	ไม่เลย	1 คะแนน
เล็กน้อย	4 คะแนน	เล็กน้อย	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	ปานกลาง	3 คะแนน
มาก	2 คะแนน	มาก	4 คะแนน
มากที่สุด	1 คะแนน	มากที่สุด	5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวม มีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

26 – 60 คะแนน	แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61 – 95 คะแนน	แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
96 – 130 คะแนน	แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ และคณะ (2558) ภาษาไทยฉบับ 12 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 0-4 คือ 0=ไม่เคยเลย 1=นาน ๆ ครั้ง 2=บางครั้ง 3=ค่อนข้างบ่อย 4=แทบทุกครั้ง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติผลกระทบ มิติความเครียด และมิติความเอาใจใส่

การแปลผล

คะแนน 0-10	หมายถึง ไม่รู้สึกเป็นภาระ
คะแนน 11-20	หมายถึง รู้สึกเป็นภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง
คะแนน 21-30	หมายถึง รู้สึกเป็นภาระมาก

4. แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index: HHI) เป็นแบบประเมินความหวังของ เฮิร์ท (Herth, 1992) แปลเป็นไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย ข้อ คำถามจำนวน 12 ข้อ โดยดัชนีวัดความหวังนี้ ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคตจำนวน 4 ข้อ 2) ความพร้อมภายในทางบวกและความคาดหวัง จำนวน 4 ข้อ 3) ความสัมพันธ์ภายในตนเองและผู้อื่นจำนวน 4 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน โดยลักษณะข้อคำถาม แบ่งออกเป็น ด้านบวก 10 ข้อ ด้านลบ 2 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วงระหว่าง 12-48 คะแนน

การแปลผล แบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 12-23 คะแนน	หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 24-35 คะแนน	หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 36-48 คะแนน	หมายถึง มีความหวังอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมฯ จำนวน 8 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 และ 8 เป็นแบบ onsite ครั้งละ 2 ชั่วโมง ส่วนครั้งที่ 2-7 เป็นแบบ online ทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องกัน เป็นเวลา 1 เดือน โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ในแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 แบบ onsite เรื่อง การค้นหาความหวัง การสร้างข้อผูกพันกับความหวัง และวางแผนปฏิบัติเพื่อให้สมหวัง
ครั้งที่ 2 – 7 แบบ online เรื่อง ผลจากการปฏิบัติตามความหวัง และการเสริมสร้างความหวังเป็นรายบุคคล
ครั้งที่ 8 แบบ onsite เรื่อง การแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตามความหวัง การทบทวนความหวัง และให้แรงเสริมทางบวกเป็นรายกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยผู้วิจัยนำผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ไปรับการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดังนี้

1. จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน
2. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา การเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมและญาติที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน (pilot study) หลังจากนั้น จึงนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาอีกครั้ง

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและแบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF-THAI) แบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช และแบบประเมินความหวัง ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha coefficient)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

การเตรียมตัวของผู้วิจัย (ผู้นำกลุ่ม) มีดังนี้

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะการบำบัดด้วยความหวังจากตำรา บทความในวารสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. การเสริมทักษะ ทีมผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ร่วมกับ และจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ เรียนรู้ถึงพื้นฐานต่าง ๆ เกี่ยวกับการฝึกทักษะการบำบัดด้วยความหวัง และวิธีการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ร่วมกัน และประเมินค่าความเชื่อถือได้ในการให้คะแนนในแบบประเมินต่างๆ โดยการหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interrater Reliability) ด้วยการใช้วิธีการประเมินค่าความเชื่อถือได้ในการให้คะแนนแบบ Interactive Validation

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะก่อนการทดลอง

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกสุขภาพจิต กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเทิง เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
3. สำนักรายชื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด
4. คัดเลือกกลุ่มประชากร โดยประสานงานกับหัวหน้าคลินิกสุขภาพจิต ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยสมองเสื่อม และญาติตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยวิธีจับสลาก

ระยะทดลอง แบ่งการดำเนินงาน เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

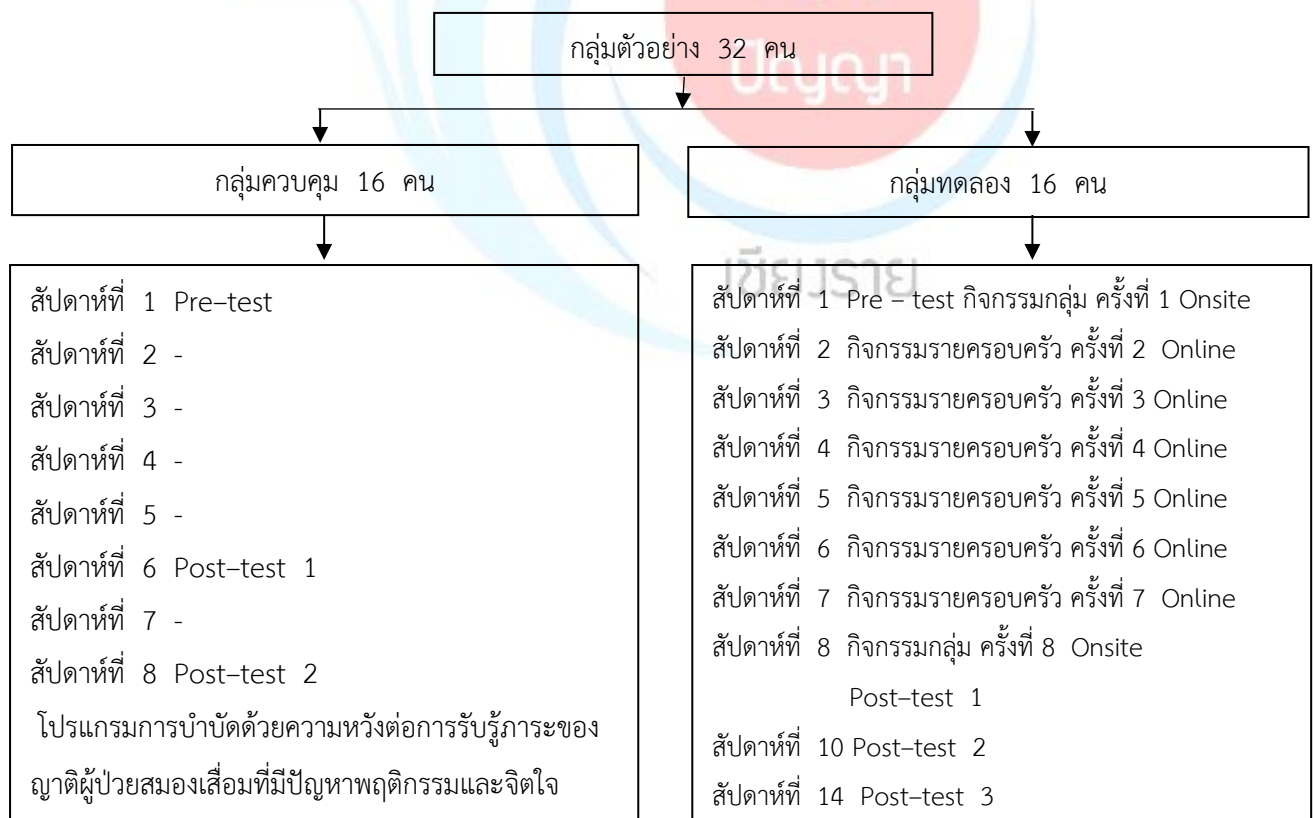
กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นใบพิทักษ์สิทธิ์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินการรับรู้ภาวะญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อม และความหวัง เป็นครั้งที่ 1 (pre-test) และนัดหมายพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 นับจากวันตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบแล้วให้พบกับพยาบาลประจำคลินิกเพื่อให้การดูแลตามปกติของหน่วยงาน
2. ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมายและประเมิน การรับรู้ภาวะญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและความหวัง เป็นครั้งที่ 2 (post-test 1) เมื่อสมาชิกในกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วนและนัดหมายพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 นับจากวันตอบแบบประเมินครั้งที่ 2

3. ผู้วิจัยขอให้สมาชิกในกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินการรับรู้ภาวะญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและความหวัง ครั้งที่ 3 (post-test 2) เมื่อสมาชิกในกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วน จึงกล่าวขอบคุณในความร่วมมือ และทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

กลุ่มทดลอง

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบพิทักษ์สิทธิ์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้ภาวะญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและความหวัง ครั้งที่ 1 (pre-test) เริ่มทำกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 8 ครั้ง
2. ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินการรับรู้ภาวะญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและความหวัง ครั้งที่ 2 (post-test 1) ทันทีภายหลังสิ้นสุดการฝึกตามโปรแกรมฯ เมื่อสมาชิกในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วนและนัดหมายพบกันอีกในสัปดาห์ที่ 2 นับจากวันตอบแบบประเมินครั้งที่ 2
3. ผู้วิจัยขอให้สมาชิกในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินการรับรู้ภาวะญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อมและความหวัง ครั้งที่ 3 (post-test 2) เมื่อสมาชิกในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วน จึงกล่าวขอบคุณในความร่วมมือ



การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ดังนี้

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับความหวังและการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการจับประเด็นเชิงเนื้อหา
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistical analysis) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistical analysis) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ด้วยสถิติ Two-way repeated ANOVA

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขการรับรอง 87/2565

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($F = 302.712$ $p < .000$) และค่าปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($F = 30.284^*$; $p < .000$) และภายในกลุ่มทดลองการรับรู้ภาวะฯ ก่อนการทดลอง สูงกว่า หลังการทดลอง และสูงระยะการติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังมีผลต่อการลดระดับการรับรู้ภาวะของญาติระหว่างกลุ่มที่ศึกษาและภายในกลุ่มทดลอง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 อยู่ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรส คู่ 81.25 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.25 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแบบสามี / ภรรยา และบุตร ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 43.75 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประมาณ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.50 ดูแลผู้สูงอายุ วันละ ประมาณ 6 – 10 ชั่วโมง ร้อยละ 50.00 และดูแลผู้สูงอายุมาประมาณ 2 – 5 ปี ร้อยละ 68.75

2. การประเมินผลการใช้ของโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้จากการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการรักษา การพูดถึงตนเอง ผู้อื่น หรือมองโลกในแง่ดีมากขึ้นซึ่งผู้วิจัยประเมินญาติจากความเปลี่ยนแปลงของระดับความหวังใน ชั่วโมงการบำบัด สังเกตการพูดถึงตนเองในด้านบวก และให้ญาติ เปรียบเทียบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองจาก ระดับความหวังที่เพิ่มขึ้น

3. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk Test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามากกว่า .05 (Sig. เท่ากับ .208, .056 และ .756 ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุมมีค่ามากกว่า .05 ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลเช่นกัน (Sig. เท่ากับ .266, .238 และ .630 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงปกติ และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกซ์ความแปรปรวน -แปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการทดสอบ พบว่า ค่า Sig = .226 ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Two – way repeated measurement

4. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.05 ($F = 302.712p < 0.000$) และค่าปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($F = 30.284^* ; p < 0.000$) แสดงว่าโปรแกรมฯ มีผลทำให้การรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล มีความแตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของผู้ดูแลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ Bonferroni method เพื่อดูว่าคูใดมีความแตกต่างกัน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความหวังก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ อรณลิน สิงขรณ์ อาจารย์ที่ให้คำปรึกษา และร่วมวิจัย ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและแนวทางที่เป็น ประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนเสร็จสมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทิง ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อสถานที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆในระหว่างการศึกษาที่ทำให้เกิดปัญหา พร้อมทั้งให้คำแนะนำและกำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเทิง ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือตลอด ระยะเวลาในการศึกษาที่โรงพยาบาลเทิงแห่งนี้

ขอขอบพระคุณทีมร่วมวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยทักษิณ และโรงพยาบาลสราญรมณณ์ที่ได้ช่วยให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดมา ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทิงทุกท่าน และญาติผู้ดูแล ที่ได้ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอบคุณสามีและบุตรที่สนับสนุนทุนการศึกษาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมรุ่นทุกคนที่คอยห่วงใยช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอ คุณความดีและคุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้แก่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนๆ และกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อดีของการบำบัดด้วยความหวังเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นไปที่จุดแข็งของบุคคลมากกว่าจะเน้นไปที่ความล้มเหลว ข้อพึงระวังในการบำบัดด้วยความหวัง คือ ผู้วิจัยควรแนะนำให้ญาติตั้งความหวังกับตนเอง ตามศักยภาพที่มีอยู่ ไม่ควรตั้งความหวังที่เกินความสามารถของตนเอง ควรเริ่มจากการตั้งความหวังในระยะสั้นที่สามารถทำได้ง่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และที่สำคัญคือไม่ควรให้ญาติตั้งความหวังกับผู้อื่นซึ่งเป็นสิ่งที่ญาติเปลี่ยนแปลงได้ยาก และส่งผลให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จมีน้อย

สรุป การบำบัดด้วยความหวัง ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอนหลักคือ

1. การสร้างความหวังอันได้แก่ การค้นหาความหวัง การสร้างข้อผูกพันกับความหวัง

2. การเพิ่มความหวังอัน ได้แก่ 1. การเสริมสร้างความหวัง 2. การทบทวนความหวัง ทั้งนี้ การบำบัดด้วยความหวัง

เป็นการบำบัดด้านจิตสังคมที่เป็น บทบาทอิสระของพยาบาล สามารถประเมิน และให้การบำบัดผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เป็นการ พัฒนาความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง และเป็นการยกระดับความสามารถของพยาบาลให้มีความโดดเด่นในการบำบัดด้านจิตสังคมอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.การนำโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา พฤติกรรมและจิตใจ ไปใช้สามารถปรับกิจกรรมให้มีความ เหมาะสมกับบริบท และสามารถรวมกิจกรรมไว้ด้วยกันได้เพื่อลดเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2.ควรมีการนำวิธีการบำบัดด้วยความหวัง ไปทดลองใช้กับญาติและผู้ป่วยสมองเสื่อมให้มากขึ้น เพื่อทำการวิจัยหาข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนำมาใช้ ในบริบทของผู้ป่วย

3.นำโปรแกรมการบำบัดด้วยความหวังต่อการรับรู้ภาวะของญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา พฤติกรรม และจิตใจไปจัดทำเป็นคู่มือ สำหรับพยาบาลเพื่อขยายผลต่อในคลินิกโรคจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยพยาบาลสามารถฝึกทักษะการบำบัดด้วยความหวังในญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

พัฒนาทักษะพยาบาลผู้ที่จะนำวิธีการบำบัดด้วยความหวังไป ใช้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่อง จิตวิทยาเชิงบวก หลักการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยจิตเวช และการพยาบาลจิตเวช

3. ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

ควรมีวิธีการบำบัดด้วยความหวังไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน เพื่อช่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพิ่มระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จิตติมา ดวงแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(4): 229-239.
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดีลฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(17): 392-398.
- ภุชญา ยังอยู่, สุภัทรา จันทร์คำ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิติพร สิริทิพาการ, ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ, นภาพร เพ็งสอน และ สุทิสภา ปิติญาณ. (2560). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *J Gerontol Geriatr Med*. 16(57-69).
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 145-158
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 14(27), 137 – 150.
- อรรวรรณ ศิลปะกิจ ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). แบบ ประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1): 11-23.
- Alvira, M. C., Risco, E., Cabrera, E., Farre, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, M. H., . . . Zabalegui, A. (2015). The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 71(6), 1417- 1434. doi:10.1111/jan.12528
- Calabrese, C.M., Calabrese, M.C., Calabrese, C.M. (2018). The rehabilitation of the elderly in cognitive difficult: An integrated vision. Reality Orientation Therapy (R.O.T.) and the “caring” of relationship of diade elderly-care-giver. *J Clin Psychiatry Cog Psychol*, 2(2): 1-4.

- Camargo, C. H. F., Ladeira, M. A., Serpa, R. A., Jobbins, V. A., Filho, C. R. P., Welling, L. C., & Teive, H. A. G. (2019). The Effectiveness of Reality Orientation Therapy in the Treatment of Parkinson Disease Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(2), 124-130.
- Cao, Q., Tan, C. C., Xu, W., Hu, H., Cao, X. P., Dong, Q., ... & Yu, J. T. (2020). The prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(3), 1157-1166.
- Chiu, H. Y., Chen, P. Y., Chen, Y. T., & Huang, H. C. (2018). Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 86, 20-28.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*.
- Huang, S. S., Wang, W. F., & Liao, Y. C. (2017). Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 44, 89-93.
- Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungronj, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongswat, J., ... & Nasreddine, Z. S. (2015). The Montreal cognitive assessment—basic: A screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550-2554.
- Kim, J. (2013). Improving Cognitive Abilities for People with Alzheimer's Disease: Application and Effect of Reality Orientation Therapy (ROT). *Phonetics and Speech Sciences*, 5(1), 27-38.
- Laks, J., Goren, A., Duenas, H., Novick, D., & Kahle-Wroblewski, K. (2016). Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(2), 176-185
- Maggio, M. G., De Domenico, C., Manuli, A., Latella, D., Marra, A., La Rosa, G., ... & Calabrò, R. S. (2022). Alzheimer café: toward bridging the gap between cure and care in patients with dementia. *International Journal of Neuroscience*, 1-7.
- Metitieri, T., Zanetti, O., Geroldi, C., Frisoni, G. B., De Leo, D., Buono, M. D., ... & Trabucchi, M. (2001). Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. *Clinical Rehabilitation*, 15(5), 471-478.
- Mougiyas, A. A., Politis, A., Mougiyas, M. A., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D., & Mavreas, V. G. (2015). The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Psychiatriki*, 26(1), 28-37

- Panerai, S., Raggi, A., Tasca, D., Musso, S., Gelardi, D., Prestianni, G., ... & Ferri, R. (2021). Telephone-based reality orientation therapy for patients with dementia: A pilot study during the COVID-19 outbreak. *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(2).
- Pearlin L.I., Mullan J.T., Semple & Akaff M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Prince, M., Ali, G. C., Guerchet, M., Prina, A. M., Albanese, E., & Wu, Y. T. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), 1-13.
- Sakurai, S., Onishi, J., & Hirai, M. (2015). Impaired autonomic nervous system activity during sleep in family caregivers of ambulatory dementia patients in Japan. *Biol Res Nurs*, 17(1), 21-28
- Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., . Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimers Dement*, 11(5), 541-548. doi:10.1016/j.jalz.2014.05.1752
- World Health Organization. (2021). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Rates%20of%20dementia,and%20139%20million%20in%202050.>
- Zarit, S.H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, 89, 101–106.