



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental research) ศึกษาผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาคือการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังติดตามผล 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระยะแรกและระยะที่สอง ที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างปี 2545 ถึง 2546 (ช่วงที่เก็บข้อมูล) คัดผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน หลังจากนั้นคัดตัวอย่างกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมกลุ่มให้การศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพร้อมคู่มือเกี่ยวกับโรคและการดูแล ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กันยายน 2546 เมื่อสิ้นสุดการทดลองได้คัดผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกวันตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ออก จึงเหลือกลุ่มทดลองจำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบคัดกรองโรคจิตโรคประสาท แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบวัดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความจำที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม และแบบสอบถามวัดความเครียดของผู้ดูแล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ Fisher' Exact test Chi - Square ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ One - Way ANOVA

ผลการทดลองเป็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 และ 90 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี ร้อยละ 45.5 และ 70 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 63.6 และ 70 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับประถมและไม่ได้เรียนหนังสือจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 72.7 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 90 ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เจ็บป่วยมากกว่า 2 ถึง 5 ปี ร้อยละ 54.5 และ 70 ตามลำดับ มาพบแพทย์สม่ำเสมอ ร้อยละ 54.5 และ 60 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคทางกายอื่น ๆ

ร้อยละ 45.5 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีโรคทางกายอื่นๆ ร้อยละ 20 ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีเงินบำนาญหรือเงินสะสม ร้อยละ 90.9 และ 70 ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 มีอายุระหว่าง 46 - 60 ปี ร้อยละ 45.5 สำหรับกลุ่มควบคุมผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 31 - 45 ปี และ 46 - 60 ปี จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 40 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.5 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเช่นกัน ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสโสดและคู่จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 40 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.7 และ ร้อยละ 36.4 ของผู้ดูแลต้องลาออกจากงาน ลดหรือไม่สามารถทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกร้าน ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลต้องลาออกจากงาน ลดจำนวนงานหรือไม่สามารถทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

รายได้ครอบครัวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 81.8 และ 80 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาไม่ได้ ร้อยละ 54.5 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาได้ ร้อยละ 90 ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คิดว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นภาระ ร้อยละ 54.5 และ 60 ตามลำดับ

ลักษณะครอบครัวของกลุ่มทดลองครอบครัวมีเฉพาะพ่อแม่ลูกและครอบครัวมีพ่อแม่ลูกและหรือญาติอยู่ในบ้านเดียวกัน แต่ไม่มีบ้านญาติอยู่บริเวณใกล้เคียงจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 45.5 และส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 6 คนขึ้นไป ร้อยละ 45.5 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ครอบครัวมีพ่อแม่ลูกและหรือญาติอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งมีบ้านญาติอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน ร้อยละ 70.2 และมีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 - 5 คน ร้อยละ 60 ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสหรือบุตร ร้อยละ 72.7 และ 70 ตามลำดับ

ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่เริ่มป่วย ร้อยละ 81.8 และ 70 ตามลำดับ เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 63.6 และ 70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ได้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง จะมีสมาชิกในครอบครัวผลัดกันมาดูแลหรือมีการจ้างคนมาช่วยดูแลผู้ป่วยบ้าง ร้อยละ 72.7 และ 90 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามต้องอยู่ในบ้านตามลำพังในช่วงกลางวัน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต่างมีภาระกิจ ร้อยละ 36.4 และ 30 ตามลำดับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน ขึ้นไป ร้อยละ 63.6 และ 70 ตามลำดับ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่

ไม่มีวันหยุดจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 63.6 ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีวันหยุดและมีวันหยุดจากการดูแลผู้ป่วยจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50

สุขภาพกายของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.5 ภายหลังจากรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับก่อนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 45.5 มีร้อยละ 18.2 ที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ก่อนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 ภายหลังจากรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40

ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก่อนที่ผู้ป่วยจะล้มป่วย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 72.7 และ 60 ตามลำดับ ภายหลังจากผู้ป่วยล้มป่วย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเช่นเดียวกับก่อนที่ผู้ป่วยจะล้มป่วย ร้อยละ 54.5 และมีปัญหา ร้อยละ 18.2 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเช่นเดียวกับก่อนที่ผู้ป่วยจะล้มป่วย ร้อยละ 50 และมีปัญหา ร้อยละ 10

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาารบกวนจิตใจอื่นๆ นอกเหนือจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 63.6 และ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจิตใจจากคนในครอบครัวบุคคลใกล้ชิดตลอดจนชุมชนและสังคม ร้อยละ 63.6 ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนทางสังคมจิตใจทุกคน ร้อยละ 100 ทั้งผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจิตใจส่วนใหญ่คิดว่าการสนับสนุนที่ได้รับไม่เพียงพอ ร้อยละ 71.4 และ 70 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 54.5 สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ ร้อยละ 70

ข้อมูลของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ยกเว้นในเรื่องลักษณะครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  กล่าวคือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเฉพาะพ่อแม่ลูก และครอบครัวมีพ่อแม่ลูกหรือญาติอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยไม่มีบ้านญาติอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ครอบครัวมีพ่อแม่ลูกและหรือญาติอยู่ในบ้านเดียวกัน พร้อมกับมีบ้านญาติอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน

3. ปัญหาความจำและพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนปัญหาความจำอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.45 และ 22.50 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.45 และ 14.90 ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.09 ในขณะที่

ที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 ปัญหาความจำ พฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกไม่สบายใจหรือผิดหวังต่อปัญหาความจำ ปัญหาพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.18 8.18 และ 9.00 ตามลำดับ เป็นคะแนนในระดับน้อย สำหรับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกไม่สบายใจหรือผิดหวังต่อปัญหาความจำและปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 11.60 และ 13.90 ตามลำดับ เป็นคะแนนระดับปานกลาง ส่วนคะแนนความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 9.20 เป็นคะแนนระดับน้อย

ความรู้สึกไม่สบายใจหรือผิดหวังต่อปัญหาความจำและพฤติกรรม รวมถึงภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

4. ความเครียดของผู้ดูแลก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดจากแบบวัดเฉลี่ยเท่ากับ 10.45 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10 เป็นความเครียดระดับปานกลางค่อนข้างสูงเหมือนกัน นอกจากนี้ยังมีคะแนนความเครียดจากการประเมินความรู้สึกของผู้ดูแลเองเฉลี่ยเท่ากับ 6.45 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7 คะแนน ความเครียดจากการประเมินด้วยแบบวัด และจากการประเมินความรู้สึกของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

5. เปรียบเทียบความเครียด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการประเมินด้วยแบบวัดและจากการประเมินความรู้สึกของผู้ดูแล ลดลงหลังเข้ากลุ่มให้การศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดทั้งจากการประเมินด้วยแบบวัดและจากการประเมินด้วยความรู้สึกของผู้ดูแล หลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการประเมินด้วยแบบวัดและจากการประเมินความรู้สึกของผู้ดูแล ทั้ง 3 ครั้ง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงหลังเข้ากลุ่มให้การศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความเครียดไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kahan และคณะ<sup>(70)</sup> และปริยานุช เทียมดาว<sup>(71)</sup> การวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากการประเมินด้วยแบบวัดและจากการประเมินความรู้สึกของผู้ดูแล

หลังทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ในขณะที่ก่อนทดลองกับหลังติดตามผลและหลังทดลองกับหลังติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าในช่วงที่มีการจัดกิจกรรม ผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากความรู้ที่ได้รับและกระบวนการกลุ่ม โดยเฉพาะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น ก่อนได้รับความรู้ ผู้ดูแลและญาติทุกรายมีปัญหารอคอยดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ตั้งแต่เห็นว่าผู้ป่วยพูดถามซ้ำซาก หลงลืมท่าของหายแล้วหาไม่พบ ชอบซุกซ่อนข้าวของหลง สับสน คือ ไม่ค่อยเชื่อฟัง เอาแต่ใจตัวเอง โวยวาย วุ่นวาย อยู่ไม่สุข ซุกซน ไม่ร่วมมือ ผู้ป่วยจะออกนอกบ้าน กินแล้วบอกยังไม่ได้อีก มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโห ก้าวร้าว พูดจาหยาบค้าย โดยเฉพาะเมื่อถูกขัดใจ ไม่ยอมนอน ขับถ่ายไม่เป็นที่ การทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เป็นต้น ซึ่งยากต่อการดูแล ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย นอกจากนี้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวบางรายคิดว่าผู้ป่วยแกล้งทำในบางพฤติกรรม ผู้ดูแลบางรายรู้สึกโกรธ ต่อต้าน บ่อยครั้งขัดแย้งกับผู้ป่วย รวมถึงเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการดูแล และโดยเฉพาะเรื่องการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้ดูแลทุกคนรู้สึกสงสารและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ผู้ดูแลรายหนึ่งมีความเห็นว่า จากการได้เข้ากลุ่มทำให้ไม่โกรธผู้ป่วยเพราะรู้ว่าป่วย บางรายมั่นใจแล้วว่าผู้ป่วยไม่ได้แกล้ง นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกว่าดูแลที่ผ่านมานั้นมีหลายครั้งที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสมด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ผู้ดูแลบางรายรู้สึกผิด รู้สึกว่าที่ผ่านมามาตนเองได้ทำบาปไว้มาก และผู้ดูแลส่วนหนึ่งเห็นว่าตนเองน่าจะได้รับความรู้เช่นนี้มาก่อนหน้านี้แล้ว จะได้ไม่เกิดปัญหารอคอยดูแลเช่นที่ผ่านมา บางรายเห็นว่าการให้ความรู้นี้หายไปแล้ว นอกจากนี้ยังเห็นว่าญาติท่านอื่นน่าจะได้รับความรู้เหล่านี้ด้วย จะได้เข้าใจผู้ดูแลและช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยบ้าง จึงเห็นได้ว่าความรู้เป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับ Dunkin Anderson - Hanley<sup>(17)</sup> และ Mona Wasow<sup>(41)</sup> ที่ว่าสิ่งที่ช่วยมากและเป็นความจำเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ คือ ส่วนที่เป็นการศึกษาของกลุ่ม สิ่งนี้จะช่วยลดความตื่นตระหนก ความรู้สึกเป็นตราบาป และการตำหนิตนเองของผู้ดูแล

ในกลุ่มนี้ผู้ดูแลยังได้ทักษะการดูแลผู้ป่วยซึ่งบางรายได้นำบางทักษะที่ได้จากผู้นำกลุ่มและจากเพื่อนสมาชิกด้วยกันไปทดลองใช้แล้วได้ผลดี เช่น ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ทักษะการหันเหความสนใจ การสัมผัสที่อ่อนโยน การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีอารมณ์ดี การสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบางอย่างที่ยังสามารถทำได้ด้วยตนเอง การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ตลอดจนการทำความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวและญาติ เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลประเมินว่าได้ผลน่าพอใจ เช่น จากเดิมผู้ป่วยเคยอารมณ์เสีย ดำว่าผู้ดูแลอย่างหยาบค้าย เมื่อถูกขัดใจหรือถูกตอບได้ หลังจากผู้ดูแลได้รับความรู้และทักษะการดูแล ผู้ดูแลเริ่มเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลใหม่โดยการรับฟังผู้ป่วยโดยไม่ตอบได้ หลังจากนั้นใช้วิธีหันเหความสนใจ

เอาใจผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการตำว่าเป็นการให้ศีลให้พรเมื่อทำอะไรให้ ผู้ดูแลบางราย รู้สึกว่าต้องพุดคุยเหมือนหลอกเด็กไปวันๆ เพื่อหันเหความสนใจ แต่ผู้ป่วยก็เชื่อและฟังมากขึ้น ผู้ดูแลบางรายเดิมบ่นซ้ำๆ ให้ผู้ป่วยรับประทาน หลังเข้ากลุ่มได้ลองให้ผู้ป่วยรับประทานเอง เห็นว่าผู้ป่วยยังสามารถทำเองได้ หรือผู้ดูแลรายหนึ่งแต่เดิมเคยต่อต้านผู้ป่วยมาก หลังได้รับความรู้บางที่ ผู้ดูแลทำอะไรไม่ได้ก็เออ ออกไปกับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็รู้สึกดีขึ้น ผู้ดูแลยอมผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม ได้ให้โอกาสผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สำหรับบรรยากาศของกลุ่มหลังละลายพฤติกรรม ด้วยกลุ่มสัมพันธ์ และให้เริ่มเล่าถึงเรื่องราวของตน พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้งในกลุ่มและนอกกลุ่ม โดยเฉพาะในช่วงระหว่างพักรับประทานอาหารว่าง และอาหารกลางวัน รวมทั้งหลังจบกลุ่มในแต่ละวัน ผู้ดูแลมีการจับกลุ่มหรือจับคู่คุยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นอิสระเป็นกันเอง ด้วยความเข้าอกเข้าใจเห็นใจและปลอบใจกันเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน หรือพุดคุยถูกคอกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าสมาชิกมีความสนิทสนมกันอย่างรวดเร็ว และมีความผูกพันกันในเวลาต่อมา โดยมีการถามถึงกันเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง มาสายหรือขาดหายไป ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ดูแลแต่ละคนมีความอดอันดันใจ มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมกลุ่ม สถานที่จัดกลุ่มที่เหมาะสม ซึ่งมีลักษณะเป็นส่วนตัว เงียบสงบ มีความกระตือรือร้น คณะผู้วิจัยมีความเป็นกันเอง ทำให้ผู้ดูแลสนิทสนมกันอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Morton<sup>65</sup> ที่ว่ากลุ่มขนาดเล็กความเข้มขันของความต้องการที่จะแสดงออกของแต่ละบุคคลที่มาร่วมกลุ่ม ความต้องการที่จะแลกเปลี่ยนบางสิ่งที่เป็นส่วนตัว และความจริง หรือได้รับรู้ถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ดูแลได้รับรู้ว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงผู้เดียว หรือที่เรียกว่าความรู้สึกเป็นสากล เช่น สมาชิกเห็นว่าปัญหาของแต่ละคนที่น่าเสนอในกลุ่มส่วนใหญ่ก็คล้ายๆ กัน สมาชิกท่านหนึ่งกล่าวว่าที่ผ่านมาคิดว่าบ้านตนเองมีปัญหาอยู่บ้านเดียว คงไม่มีใครเป็นเหมือนผู้ป่วย รู้สึกอายเขา เป็นต้น นอกจากนี้สมาชิกยังได้รับความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการชื่นชม และกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เช่น สมาชิกต่างชื่นชมผู้ดูแลด้วยกันว่า ผู้ดูแลเป็นสามี เป็นลูก และเป็นสะใภ้ที่ดี ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดี รวมถึงการให้กำลังใจกันว่าผู้ดูแลได้พยายามทำดีที่สุดแล้ว หรือปลอบใจกันว่าบางครั้งคนเราก็ต้องมีอารมณ์บ้าง ซึ่งสอดคล้องกับ Mona Wasow<sup>41</sup> ที่เห็นว่าประสบการณ์ที่ช่วยมากที่สุดซึ่งคนเราสามารถที่จะสัมผัสได้ คือ ความรู้สึกที่มีคนได้ยินและเข้าอกเข้าใจแม้ว่าปัญหานั้นจะไม่มีหนทางแก้ไข ความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหงาจะลดน้อยลง การได้รับความใส่ใจและเข้าอกเข้าใจจากบุคคลอื่นในกลุ่มอาจเป็นตัวแปรสำคัญที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Morton<sup>65</sup> ที่กล่าวว่ากลุ่มสามารถให้ความรู้สึกที่สบาย การสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนทางเลือกที่แตกต่างออกไป

ผู้เข้ากลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การแบ่งปันความรู้สึกทุกชีวิตที่คล้ายคลึงกันซึ่งสร้างให้เกิด การฉีกกำลังกันในระดับที่สูง กลุ่มได้ให้การยอมรับที่แทบจะไม่มีเงื่อนไขแก่สมาชิกตลอดจน บรรยายากาศแห่งการเกื้อกูลกัน อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลบางรายที่ความเครียดไม่ลดลงแม้ว่าจะเข้า กลุ่มแล้ว ทั้งนี้อาจเนื่องจากสายสัมพันธ์ที่ห่าง มีปัญหาส่วนตัวอื่นๆ มากมาย ปัญหาการขับถ่าย ของผู้ป่วยซึ่งยากต่อการแก้ไข หรือค้ำข้องใจที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากญาติที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิด กว่า แต่จากการประเมินของญาติรายหนึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความใจเย็นและสุขุมในการดูแลผู้ป่วย มากขึ้น

หลังกิจกรรมกลุ่ม 6 สัปดาห์ เมื่อติดตามผล ความเครียดที่ลดลงมาหลังทดลองกลับเพิ่ม ขึ้น แต่ยังคงน้อยกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นนี้เป็นภาระ ที่หนัก ผู้ดูแลต้องเผชิญและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าทุกวัน ผู้ดูแลอาจเหน็ดเหนื่อยจากภาระการ ดูแลที่มาก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงไป บางรายอาจมีอาการทรุดหนักลงด้วยอาการ ของโรคเอง หรือเนื่องมาจากมีอาการทางกายอย่างอื่นแทรกซ้อนหรือร่วมด้วย และอาจเป็นผล ข้างเคียงจากยาที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรบกวนยากต่อการดูแล ญาติต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษา และหาสถานที่รักษาที่ตรงกับโรค ความรู้สึกเป็นห่วงและ วิดกกังวลของผู้ดูแลต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการดูแลบางอย่างที่ยังแก้ไขไม่ได้ เช่น ปัญหา การขับถ่ายไม่เป็นที่ เป็นต้น หรือเคยใช้วิธีหนึ่งจัดการกับปัญหาความจำหรือพฤติกรรมหนึ่งได้ผลแต่ ต่อมาใช้วิธีการเดียวกันไม่ได้ผล ขาดผู้สนับสนุนการดูแล ผู้ดูแลบางรายไม่กล้าร้องขอความช่วยเหลือ จากใคร หรือบางรายไม่ไว้วางใจผู้ดูแลอื่นว่าจะดูแลได้ดีเท่ากับที่ตนเองดูแล หรือผู้ป่วยไม่ชอบให้ ผู้อื่นดูแล นอกจากนี้บางครั้งความเหน็ดเหนื่อยที่มากเกินไปอาจทำให้ลืมสิ่งที่ได้เรียนรู้มา หรืออาจ เป็นเรื่องธรรมดาของการเรียนรู้ ซึ่งเมื่อเรียนรู้ไประยะหนึ่งก็จะมีอาการลืมสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป หรือไม่ได้ นำไปปฏิบัติ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล และมีผลให้เกิดความรู้สึกผิดตามมา ผู้ดูแลบางราย ยังมีปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอื่นในครอบครัว มีปัญหาเศรษฐกิจและปัญหา ส่วนตัว เป็นต้น ซึ่งยังไม่สามารถแก้ไขได้ และผู้ดูแลอาจไม่ได้ระบายหรือพูดคุยกับใคร นอกจากนี้ อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมกลุ่มให้การศึกษา ซึ่งอาจมีความไม่สมบูรณ์หรือมีจุดบกพร่อง ทำให้ไม่ สามารถช่วยผู้ดูแลได้นานเท่าที่ควร

จะเห็นได้ว่าผลที่ได้จากกลุ่มให้การศึกษาสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง ดี กว่าทำให้คำแนะนำและคู่มือในการการดูแลผู้ป่วยแบบเดิมซึ่งจากการทดลองพบว่าความเครียด ของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย หรือแทบจะไม่เปลี่ยนแปลงเลย

## ปัญหาและอุปสรรคการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. การหาผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ดูแลบางส่วนไม่ได้เป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านตามลำพังในวันทำงาน ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงต้องเดินทางไปเก็บข้อมูลผู้ดูแลที่บ้าน หลายรายไม่สะดวกหรือไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมวิจัย ทำให้ต้องใช้เวลา พลังงาน และค่าใช้จ่ายมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีจำนวนไม่มาก จึงต้องใช้ระยะเวลานานในคัดเลือกและการรวบรวมผู้ดูแลให้ได้จำนวนที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม
2. ช่วงเวลาที่จัดอบรมซึ่งตรงกับช่วงเข้าพรรษาในฤดูฝน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเป็นผู้อาวุโสมีญาติใกล้ชิดบวช ทำให้ไม่สามารถมาร่วมวิจัยได้ตามที่นัดหมายไว้ นอกจากนี้มีวันหนึ่งที่เกิดกิจกรรมฝนตกหนักน้ำท่วมทำให้ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถมาร่วมวิจัยได้ สมาชิกส่วนหนึ่งมาสาย บางรายไม่แน่ใจว่ายังมีการจัดกลุ่มหรือไม่
3. ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มบางรายมาเข้ากลุ่มล่าช้า เนื่องจากต้องรอผู้ที่จะมาผลัดเวรในการดูแลผู้ป่วยก่อนจึงจะมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือผู้ดูแลบางรายต้องดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เรียบร้อยก่อนเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้หากผู้ที่จะมาผลัดเวรล้มป่วยมาไม่ได้ มาสายเกินไป หรือไม่สามารถจ้างวานผู้อื่นมาดูแลแทนได้ ผู้ดูแลก็ไม่สามารถมาเข้ากลุ่มได้

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงบุคคลในครอบครัว ตลอดจนผลกระทบที่ตามมา เนื่องจากพบปัญหาผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย หรือรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแลบ้างแต่ไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ที่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลซึ่งส่วนหนึ่งไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแล ไม่สามารถจัดการกับปัญหาความจำและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาแก่ผู้ดูแลร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ต่อการลดความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เนื่องจากพบปัญหาผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่ได้รับการสนับสนุนการดูแลและการสนับสนุนทางจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวหรือได้รับไม่เพียงพอ เกิดความขัดแย้งไม่เข้าใจกันในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายไม่กล้าร้องขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว



3. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาและผลิตเทคโนโลยีสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับแต่ละระยะของการเจ็บป่วย และเวลาที่เหมาะสมที่ควรจะให้ความรู้ในแต่ละระยะนั้น เนื่องจากการดูแลในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน และช่วงเวลาที่เข้าสู่ความเจ็บป่วยในแต่ละระยะก็มีความยาวนานแตกต่างกันด้วย

4. ควรจะได้ศึกษาพัฒนารูปแบบต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล เนื่องจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มสามารถช่วยลดความเครียดผู้ดูแลเพียงระยะสั้นเท่านั้น จึงควรค้นหารูปแบบอื่นที่จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ยาวนานขึ้น