การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Perceived Self-efficacy in Caring for The Elderly with Dementia

ธิดารัตน์ คณึงเพียร[1] สุพิตรา เศลวัตนะกุล*[2] สุชาดา นิ้มวัฒนากุล[3] จุฬารัตน์ ห้าวหาญ[3]

Thidarat Kanungpiarn[1] Supitra Selavattanakul*[2] Suchada Nimwatanakul[3] Chularat Howharn[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 32000

[1]Boromrajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, 32000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000.

[2]Faculty of Nursing, Rajathanee University, Ubon Ratchathani, Thailand, 34000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

[3]Faculty of Nursing, Boromrajonani College of Nursing, Nontaburi, Thailand, 1100

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลักในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 196 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือในการวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (mean = 4.17 S.D= 0.73) และพบว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$, $F= 9.099$, $p < .05$) สรุปได้ว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

Abstract

Descriptive research to study self-perceived competence in caring for elderly individuals with dementia and factors affecting self-perceived competence in caring for elderly individuals with dementia. The sample group consisted of primary caregivers of elderly individuals with dementia in Surin Province, totaling 196 people, selected through purposive sampling based on specified criteria. Research instruments. 1) Personal information questionnaire 2) Questionnaire on self-perceived ability to care for elderly individuals with dementia. The quality of the instrument was assessed, yielding a content validity index of 0.96. The Cronbach's alpha reliability coefficient is 0.92. Analyze the data using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

*Corresponding author E-mail address: supitra.s@rtu.ac.th

วันที่รับ (received) 14 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 เม.ย. 2568

Research findings found that the sample group has a high level of perceived competence in caring for elderly individuals with dementia, with the highest average being as having empathy and assisting families in adapting to the burden of caring for elderly individuals with dementia (mean = 4.17, S.D = 0.73). And it was found that the experience of caregiver training and the age of the caregiver can jointly predict the self-efficacy in caring for the elderly with dementia at a rate of 31.1 (R^2 = .311, F = 9.099, p p < .05). In conclusion, the experience of caregiver training is an important factor that affects the self-efficacy in caring for the elderly with dementia.

Keywords: Self-efficacy, elderly, dementia

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ถึงแม้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะสูงขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง ซึ่งภาวะเสื่อมของสมองนั้นเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ร้อยละ 60-70 มักเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ รองลงมาเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ[1] โดยความชุกเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้นเมื่อปี ค.ศ.2001 ได้มีการสำรวจจำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกเป็นครั้งแรกซึ่งพบความชุกในขณะนั้นจำนวน 21 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอเมริกา รองลงมาคือทวีปยุโรป สำหรับทวีปเอเชียพบสูงสุดที่ประเทศญี่ปุ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมได้คาดคะเนจะเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกๆ 20 ปี โดยคาดคะเนว่าภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคนและ 81 ล้านคนในปี ค.ศ.2020 และ ค.ศ.2040 ตามลำดับ[2] ผลการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.2016 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคนซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านราย[3] ซึ่งจะพบความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาว์ปัญญา ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อความความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดต้องมีบทบาทใหม่ คือ เป็นผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นภาระที่หนักมาก จนอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้[4]

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ดูแลจึงมีความหมายมากที่สุดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งต้องดูแลใน 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมด้านกิจวัตรประจำวัน การลดความกังวลและจัดการความเครียด การช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา การติดตามและการจัดการกับอาการรบกวนเวลาส่วนตัว และการจัดการเมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช[5,6] การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการกับสถานการณ์ปัญหา หรือบรรลุเป้าหมายบางอย่างในชีวิต[7,8] ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ มีผลให้ผู้ดูแลก็จะเกิดแรงจูงใจภายในที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าในการดูแลนั้นจะมีปัญหาอุปสรรค ยุ่งยากเพียงใด และหากผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในศักยภาพตนเองในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลที่ตามมาก็จะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ ช่วยป้องกันความเสื่อมถอยของตัวผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสูง มักเป็นวัยผู้ใหญ่ และผู้ดูแล ส่วนใหญ่มาจากผู้ดูแลได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลรับรู้ว่า การได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ง่ายต่อการนำมาใช้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกิจกรรม รับรู้เกี่ยวกับปัญหาได้อย่างรวดเร็ว จะทำ ให้บุคคลมีการสั่งสมประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ เกิดการจัดการที่ง่ายขึ้น ส่งผลทำ ให้ผู้ดูแล[7]

จากที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลจะเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่จะส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างดีที่สุด และ

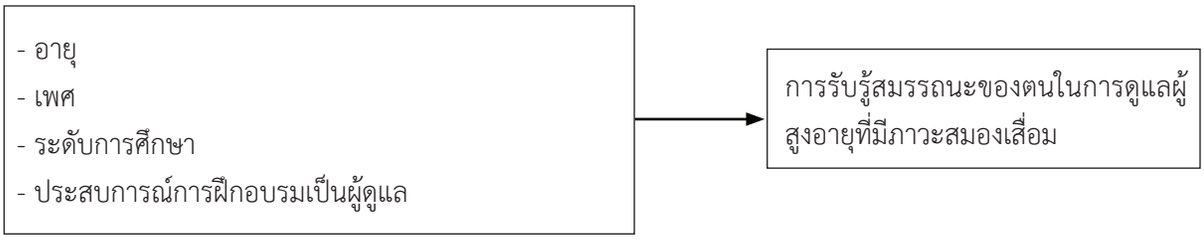
สามารถคงไว้เพื่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล ดังนั้น การศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ดูแลอยู่ใน ระดับใด และปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐาน ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการกับสถานการณ์ ปัญหา หรือบรรลุเป้าหมายบางอย่างในชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา และการมีประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม[7,8]



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลักในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 196 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทำหน้าที่ดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน ให้การดูแลโดยตรงต่อเนื่องระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

อายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ในวันที่เก็บข้อมูล ให้การดูแลไม่สม่ำเสมอหรือมาเป็นบางครั้ง บางเวลา ไม่สามารถสื่อสารสนทนาได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ G*Power โดยกำหนด Test family คือ F test Statistical test คือ ANCOVA: Fixed effects, main effects and interaction, ขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่ระดับกลาง (0.25) ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) คือ .80 Numerator df = 4 (อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล) Number of groups = 3 (ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี) Number of covariates = 1 (ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 196 ราย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ประกอบไปด้วย อายุ (ปี) เพศ (ชาย หญิง) ศาสนา ประสบการณ์การดูแล การประกบอาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล (เคย ไม่เคย)

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม [Perceived Self Efficacy in providing care for patients with dementia (PSE)] ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยแห่งชาติเฉิงกุง สมาคมโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมร่วมกับสมาคมผู้ดูแลระยะยาวของประเทศไต้หวัน พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลเครื่องมือและแปลกลับเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือนี้ในฉบับภาษาอังกฤษให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและด้านการพยาบาลแปลเป็นภาษาไทย (TH-PSE) หลังจากนั้นแบบสอบถามฉบับ TH-PSE ได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของไทย ความเหมาะสมด้านภาษา ทำการแก้ไข ก่อนดำเนินการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วทำการเปรียบเทียบความสอดคล้องระหว่างต้นฉบับและฉบับที่แปลกลับ ทำการแก้ไขจนไม่พบความแตกต่าง จึงนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคต่อไป แบบสอบถามนี้มีจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ของ Likert scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้คือระหว่าง 25-125 คะแนน คะแนนมากหมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เสนอขอรับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับการวัดตัวแปร โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ .80 ขึ้นไป ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่า 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA NO.3O /2567 วันที่ได้รับการรับรอง 30 พฤษภาคม 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการทางสุขภาพ และผลการศึกษาจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลกลุ่มตัวอย่าง และทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ใช้เป็นสถานที่ศึกษาก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการดำเนินการวิจัย

2. เริ่มดำเนินการโดยการติดประกาศเชิญชวนอาสาสมัครการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยพบอาสาสมัครตามที่สะดวก ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภาพรวมของการวิจัย เมื่อผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ให้เวลาให้อาสาสมัครได้ทำการศึกษาเอกสารชี้แจงรายละเอียดการวิจัยตามต้องการและหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยคณะผู้วิจัยดำเนินการตอบข้อคำถามดังกล่าวด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงานและประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลเป็นภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างทุกประเภท โดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมและให้ลงนามในเอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการแจ้งว่าถ้าไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ใช้เวลาประมาณ 10-15นาที/ชั่วโมง

5. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา หลังจากนั้นดำเนินการบันทึกข้อมูลลง

ในโปรแกรมสำเร็จรูป ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสถิติ stepwise multiple regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.3 (n=175) รองลงมา คือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.7 (n=21) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 (n=196) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.3 (n=81) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.1 (n=61) และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 10.7 (n=21) อายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.31 (n=79) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.10 (n=59) และ อายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.33 (n=32) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่อาชีพ ทำไร่ ทำนา เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 55.6 (n=109) รองลงมาคือ รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 20.4 (n=40) และ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.3 (n=28) ระยะเวลาในการดูแล ส่วนใหญ่ มากกว่า 1 ปี- 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.78 (n=125) รองลงมาคือ มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.92 (n=41) และ มากกว่า 6 ปี -12 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.67 (n=17) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 75.49 (n=146) รองลงมาคือ 1,000 – 2,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 16.33 (n=32) และ 2,001 – 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 6.33 (n=13) ด้านประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 76.5 (n=150) รองลงมา คือ มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 23.5 (n=150) ตามลำดับ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N=196)

ข้อที่	ข้อคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุ	mean	S.D
1	ท่านสามารถบอกระยะของภาวะสมองเสื่อมได้	3.30	1.15
2	ท่านสามารถให้ความรู้กับสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.52	1.08
3	ท่านสามารถสามารถบอกอาการทางคลินิกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.64	0.95
4	ท่านสามารถจัดยาให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.92	1.04
5	ท่านสามารถให้คำแนะเกี่ยวกับการจัดการอย่างรวดเร็วกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	3.44	1.04
6	ท่านมีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	4.17	0.73
7	ท่านเคารพความเป็นอิสระของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและให้สิทธิ์ในการตัดสินใจบางอย่างได้	3.89	0.96
8	ท่านสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลีกเลี่ยงความรู้สึกพ่ายแพ้ในชีวิตประจำวันได้	3.84	0.93
9	ท่านสามารถสังเกตความรู้สึกที่ยากจะแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.68	0.98
10	ท่านสามารถช่วยจัดการกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.94	0.83
11	ท่านสามารถอดทนเพื่อรักษาอาการที่เกิดซ้ำ ๆ และการสื่อสารที่ผิดพลาดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.89	0.78
12	ท่านสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ง่ายๆ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.97	0.92
13	ท่านสามารถเข้าใจการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.68	0.95
14	ท่านสามารถตอบสนองการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม	3.83	0..94
15	ท่านสามารถตระหนักถึงความต้องการส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.86	0.71
16	ท่านตระหนักถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.89	0.75
17	ท่านสามารถจัดการความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้	3.70	0.80
18	ท่านสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.72	0.86
19	ท่านสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการดูแลชีวิตประจำวัน แทนที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้พวกเขาอย่างเต็มที่	3.95	0.80
20	ท่านสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการกระตุ้นประสาทสัมผัสเพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้	3.53	0.98
21	ท่านสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกปลอดภัยและสุขสบายได้	4.10	0.79
22	ท่านสามารถตอบสนองทางอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.76	0.87
23	ท่านสามารถจัดกิจกรรมทางสังคมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมได้	3.27	0.99
24	ท่านสามารถออกแบบสภาพแวดล้อมที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.58	0.96
25	ท่านมีอิทธิพลต่อความต้องการในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.62	1.02

จากตารางที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก โดยส่วนใหญ่ท่านมีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (mean = 4.17 S.D= 0.73) รองลงมา ท่านสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกปลอดภัยและสุขสบายได้ (mean = 4.10 S.D= 0.79) และท่านสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ง่ายๆ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (mean =3.97 S.D= 0.92) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านสามารถบอกระยะของภาวะสมองเสื่อมได้ (mean =3.30 S.D= 1.15)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise Regression เพื่อทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=196)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล	.323	0.98	.228	3.280	.001*
อายุ	.009	.568	.157	2.242	.026**

Constant = 2.812, R^2 = .311, $R^2_{Adjusted}$ = .073, F = 9.099, *p < .01, **p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล และอายุ สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 31.1 (R2 = .311 , F= 9.099, p <.05) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีอยู่ 2 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ ได้รับการอบรมดูแลผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .228 รองลงมา คือ อายุ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .156

การอภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐาน ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก สามารถอธิบายได้ว่า อายุและการมีประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล จะช่วยให้ การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในการประเมินความเป็นไปได้ของกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีพลังในการปฏิบัติอย่างแข็งแกร่ง ย่อมมีความพยายามที่จะกระทำ กิจกรรมนั้นๆ ต่อไป เกิดเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งที่เป็นปัญหาในตัวผู้ป่วยได้[8] สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจสูงเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 40 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.93 ปี (SD = 13.81) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่อยู่ในช่วงเวลาการประสบความสำเร็จ มีความสามารถในการจัดการมีประสบการณ์ในการดูแล สามารถรับรู้ความต้องการ และหาแหล่งช่วยเหลือการตัดสินปัญหา และการเผชิญปัญหาและความเข้าใจในการดูแลได้ดี[9] การมีประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้ดี[10] จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล ผู้ดูแลรับรู้ว่า สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ และมีความรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ในระดับสูง และการศึกษา ในเรื่องผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมใน ประเทศไทย โดยผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรงที่ต้องดูแลทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวัน และต้องมีวิธีในการสื่อสาร และรับมือกับปัญหาด้านพฤติกรรม

และอารมณ์ของผู้ป่วย การตอบแบบสำรวจจากผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดโดยคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 คน ผลสำรวจในด้านของความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าความต้องการสูงสุด ได้แก่ การให้ความรู้และการจัดการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม[9] หากผู้ดูแลไม่มีคุณสมบัติหรือไม่เคยได้รับการ อบรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองการดูแลตามที่ญาติต้องการได้[11] และมีการศึกษาพบว่า การได้รับประสบการณ์การอบรม ถือเป็นปัจจัยเสริมที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญสร้างความมั่นใจในการดูแลสร้างช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารร่วมกับการสื่อสารนโยบายต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงเพื่อส่งเสริมให้อสม.เกิดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป[12]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย ควรนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีสนับสนุนให้มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาวิจัยพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

References

1. Wongsaree C, & Peanthong S. Dementia syndrome in the elderly: Nursing care and caring for relatives caregiver. Journal of Health Sciences and Wellness. 2018; 22(43-44): 166-79. (in Thai)
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. The Lancet. 2005;366(9503):2112-7.
3. Alzheimer's Society. Fix dementia care: Hospitals. Registered office at Alzheimer's Society; 2016.
4. Sutthilak C, Urailert A, & Chutchawan N, & Tapnimit S. Hidden patients family caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 40-6. (in Thai)
5. Srinim N, & Nontaput T. Professional home-based care for persons with dementia. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2017; 11(2): 82-9. (in Thai)
6. Kotta P, Natason A, & Kaewkerd O. Development of the food consumption behaviors modification model based on lifestyle to prevent non-communicable diseases among adults with overweight and obesity. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022; 19(3): 799-815. (in Thai)
7. Yimsai R, Intanon T, & Kongsuwan V. The relationship between perceived caring self-efficacy and caring behaviors among caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016; 36(2): 104-17. (in Thai)
8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997
9. Muangpaisan W. Caring of dementia's patient from prevention to caring in the final stage: A prevent of dementia. Bangkok: Parbpim Partnership Ltd.; 2012. (in Thai)
10. Siriwannabussaya P. Developmental psychology theory. 6th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013.
11. Youngyu P, Chanthakam S, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Pisansarakit D, Phengson N, et al. Problems in care of people with dementia and caregivers' needs. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine. 2017;16(2-3):57-69. (in Thai)
12. Leecharoen P, Aramrom Y, Warahat J, Sungkapinyo N, & Wadpet L. Factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an Urban Primary Care Unit, Songkhla Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2023; 13(2): 115-31. (in Thai)