

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและ
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม
และจิตใจ

รัชดา ยิ้มซ้าย* ถนอมศรี อินทนนท์** วินิภาญจน์ คงสุวรรณ***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 123 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 2.37$, $SD = 0.45$) พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 2.34$, $SD = 0.38$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.66$, $p < 0.01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนรวมถึงพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการฟื้นฟูความจำให้ผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล; พฤติกรรมการดูแล; ผู้ดูแล; ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หลักสูตรการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา aeyratshada@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ความเป็นมาของปัญหา

สมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะพบผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 1 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุกๆ 5 ปี ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะสมองเสื่อมยิ่งเพิ่ม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในประเทศไทยมีการศึกษาในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี พบความชุก ร้อยละ 1.8 - 2.0 ส่วนในประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุก ร้อยละ 11.4¹⁻² ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิด และจำไม่ได้ เกิดจากความเสื่อมของการรับรู้ ความจำ ความเข้าใจภาษา และการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมๆ กัน แบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เกิดขึ้นอย่างถาวร ส่งผลให้มีการเสื่อมของระบบความจำ และการใช้ความคิดด้านต่างๆ สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรือการควบคุมตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตประจำวัน เป็นโรคที่สามารถเกิดได้ทั้งหญิงและชาย โดยอาการผู้ป่วยที่พบ มักจะมีการด้านพฤติกรรม และจิตใจที่ผิดปกติ เช่น อาการประสาทหลอน ก้าวร้าว หลงผิด^{1,3} และการถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์และ/หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านพฤติกรรม และจิตใจ (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบได้มากกว่า ร้อยละ 90 สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงของโรค³

จากการศึกษา พบว่า ยังมีสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมอื่นที่พบบ่อย^{1-2,4,5-8} เช่น การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง การติดเชื้อในสมอง โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อวัณโรค (tuberculous meningitis) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้ได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ระดับความสามารถของสมอง มักไม่กลับเป็นปกติเหมือนเดิมทั้งหมด ซึ่งความเสียหายนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อ ทำให้เกิดการเสียหายของสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความจำเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทำให้อัตราการรับผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากขึ้น^{1,3}

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น⁹ หากผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของตนเองสูง ผู้ดูแลก็จะเกิดแรงจูงใจภายในที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าในการดูแลนั้นจะมีปัญหาอุปสรรค ยุ่งยากเพียงใด และหากผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม ก็จะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ ช่วยป้องกันความเสื่อมถอยของตัวผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล¹⁰

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานจิตเวชสูงอายุของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจว่าอยู่ในระดับใด มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกำหนดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง

เสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน/การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช^{10,12-15} การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มี 3 มิติ¹¹ ดังนี้ 1) มิติความยากง่าย (magnitude) 2) มิติความเข้มแข็ง (strength) 3) มิติโดยทั่วไป (generality) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ 2 มิติ คือ มิติด้านความยากง่าย (magnitude) และมิติความเข้มแข็ง (strength) เนื่องจากสามารถนำไปใช้ประเมินความเชื่อมั่น ในเรื่องของสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ง่าย และชัดเจน ในด้านพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Bandura¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม^{13,16-20} โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแล 5 ด้าน คือ 1) ด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการฟื้นฟูความจำ 3) ด้านการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพ 4) ด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันอุบัติเหตุ และ 5) ด้านการจัดการกับอาการทางจิต

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่มารับบริการใน โรงพยาบาลจิตเวช ภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช ภาคใต้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการกำหนดตามตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit, Beck²¹ ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.25 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนประชากร ได้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 86 คน และโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาชนครินทร์ จำนวน 37 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์

ICD-10²² ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ร่วมกับมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ (F00, F01, F02, F03 with BPSD และ G30.0 with BPSD) มีค่าคะแนนดัชนี Barthel ADL index²³ (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) ตั้งแต่ 0 - 11 คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) คะแนน 0 - 4 ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5 - 8 ภาวะพึ่งพารุนแรง 9 - 11 ภาวะพึ่งพานกกลาง

3. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกที่ต้องรับผิดชอบดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับความรู้ หรือได้เห็นประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากแหล่งความรู้ ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Bandura¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{10,12-15} ประกอบด้วย คำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ตรงกับตัวท่านเลย (0 คะแนน) ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย (1 คะแนน) ตรงกับตัวท่านปานกลาง (2 คะแนน) และตรงกับตัวท่านมาก (3 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ²⁴ ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่	2.01 - 3.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่	1.01 - 2.00
ระดับต่ำ	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่	0.00 - 1.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ แบนดูรา¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล^{13,16-20} ประกอบด้วย คำถาม 27 ข้อ แบ่งตัวเลือกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ในระดับมาก (3 คะแนน) ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ในระดับปานกลาง (2 คะแนน) ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ในระดับน้อย (1 คะแนน) ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เลย (0 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมและการดูแลโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งระดับสิ่งที่ต้องการวัด ซึ่งคำนวณโดยการหาค่าพิสัย²⁴

ระดับสูง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่	2.01 - 3.00
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่	1.01 - 2.00
ระดับต่ำ	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่	0.00 - 1.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาการพยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์การสอน/การวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 ท่าน หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข นำไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 20 ราย แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

1.2 ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 แนะนำตัวกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือให้รู้จักกับผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการ

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.4 ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ และให้ทำแบบสอบถาม

2.5 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่าน ผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วให้ตอบคำถามนำข้อมูลที่ได้ทุกชุดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำเสร็จก่อนการประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมด้านการวิจัยจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เอกสารเลขที่ 046/2557 รับรองวันที่ 23 ธันวาคม 2557 และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เอกสาร

เลขที่ 50/2557 รับรองวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ เพื่อทำความเข้าใจในทุกขั้นตอนของการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมก่อนที่จะลงลายมือชื่อเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากจะปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 47.2 อยู่ในช่วงอายุ 40 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.93 ปี (SD = 13.81) ร้อยละ 88.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.9 ประกอบอาชีพ เกษตร ทำสวนและประมง ร้อยละ 68.3 มีรายได้เฉลี่ย 19,074.80 บาท (SD = 13,095.00) ร้อยละ 60.2 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 37.4 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 27.6 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และร้อยละ 64.2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในฐานะเป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 74 ของผู้ดูแล มีระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วย 1 - 5 ปี เฉลี่ย 4.35 (SD = 3.39) โดยผู้ดูแล ร้อยละ 92.7 มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแล รวมทั้งตัวผู้ป่วย เป็นจำนวน 1 - 2 คน ระดับความรุนแรงของอาการ ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ร้อยละ 53.7 อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง และผู้ดูแล ร้อยละ 54.5 ประเมินว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าคะแนนดัชนีบาร์เรล เอดีแอล อยู่ที่ 5 - 8 คะแนน เป็นภาระที่ต้องพึ่งพาารุนแรง การได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 87.8 ได้รับข้อมูลจากแพทย์/พยาบาล และ ร้อยละ 77.2 ของผู้ดูแลไม่มีแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง (M = 2.37, SD = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทั้ง 2 ด้าน อยู่ในระดับสูง ทั้งด้านมิติความเข้มแข็ง (M = 2.37, SD = 0.47) และด้านมิติความยากง่าย (M = 2.36, SD = 0.52) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ
3. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง (M = 2.34, SD = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับสูง ตามลำดับดังนี้ คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (M = 2.57, SD = 0.44) ด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันอุบัติเหตุ (M = 2.45, SD = 0.45) ด้านการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพ (M = 2.27, SD = 0.51) ด้านการจัดการกับอาการทางจิต (M = 2.23, SD = 0.56) และด้านการฟื้นฟูความจำ (M =

2.17, $SD = 0.51$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้น ด้านการจัดการกับอาการทางจิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ($M = 1.99$, $SD = 0.89$) และด้านการฟื้นฟูความจำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ คือ จัดกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเพิ่มการเรียนรู้และฝึกความจำ เช่น การให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องในอดีต การดูรูปถ่าย การอ่านหนังสือที่ผู้ป่วยชื่นชอบ และสนใจให้ผู้ป่วยฟัง เช่น หนังสือธรรมะ บทสวดมนต์ การอ่านหนังสือพิมพ์ ($M = 1.89$, $SD = 0.83$)

4. ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ($r = 0.66$, $p < 0.01$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในแต่ละด้าน พบว่า ด้านมิติความยากง่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = 0.45$, $p < 0.01$) ด้านการฟื้นฟูความจำ ($r = 0.44$, $p < 0.01$) ด้านการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพ ($r = 0.34$, $p < 0.01$) ด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันอุบัติเหตุ ($r = 0.45$, $p < 0.01$) และด้านการจัดการกับอาการทางจิต ($r = 0.37$, $p < 0.01$) ส่วนด้านมิติความเข้มแข็ง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = 0.64$, $p < 0.01$) ด้านการฟื้นฟูความจำ ($r = 0.47$, $p < 0.01$) ด้านการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพ ($r = 0.49$, $p < 0.01$) ด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันอุบัติเหตุ ($r = 0.57$, $p < 0.01$) และด้านการจัดการกับอาการทางจิต ($r = 0.43$, $p < 0.01$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลโดยรวม กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ในแต่ละด้าน ทั้ง 2 ด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับด้านมิติความยากง่ายและด้านมิติความเข้มแข็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.53$, $p < 0.01$; $r = 0.66$, $p < 0.01$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และพฤติกรรม
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ($N = 123$)

พฤติกรรมการดูแล	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล		
	ด้านมิติ ความยากง่าย	ด้านมิติ ความเข้มแข็ง	รวม
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.45**	0.64**	0.60**
ด้านการฟื้นฟูความจำ	0.44**	0.47**	0.50**
ด้านการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพ	0.34**	0.49**	0.46**
ด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันอุบัติเหตุ	0.45**	0.57**	0.57**
ด้านการจัดการกับอาการทางจิต	0.37**	0.43**	0.45**
โดยรวม	0.53**	0.66**	0.66**

** $p < 0.01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้วิจัยจึง อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 2.37$, $SD = 0.45$) อาจเป็นเพราะว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 47.2 มีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.93 ปี ($SD = 13.81$) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่อยู่ในช่วงเวลาการประสบความสำเร็จ มีความสามารถในการจัดการ มีประสบการณ์ในการดูแล สามารถรับรู้ความต้องการ และหาแหล่งช่วยเหลือการตัดสินใจ และการเผชิญปัญหา และความเข้าใจในการดูแลได้²⁵ ร้อยละ 74 ดูแลผู้ป่วย 1 - 5 ปี ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ และมีวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้⁴ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูง ทั้งสองด้านตามลำดับ ดังนี้

1.1 ด้านมิติความเข้มแข็ง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 2.37$, $SD = 0.45$) อาจเป็นเพราะว่า ร้อยละ 87.7 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/ พยาบาล ผู้ดูแล รับรู้ สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ และมีความรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในการประเมินความเป็นไปได้ ของกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีพลังในการปฏิบัติอย่างแข็งแกร่ง ย่อมมีความ พยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ต่อไป เกิดเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งที่ปัญหา ในตัวผู้ป่วยได้¹¹

1.2 ด้านมิติความยากง่าย พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 2.36$, $SD = 0.52$) และรายข้อ อยู่ในระดับสูงทุกข้อ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแล ร้อยละ 87.8 ได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลรับรู้ว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ง่ายต่อการนำมาใช้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 2.67$, $SD = 0.55$) สามารถอธิบายได้ว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกิจกรรม รับรู้เกี่ยวกับปัญหาได้ อย่างรวดเร็ว จะทำให้บุคคลมีการสั่งสมประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ เกิดการจัดการที่ง่ายขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแล รับรู้ว่าการจัดการนั้นง่ายขึ้น¹¹ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสูงที่สุด คือ การจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ ให้ปลอดภัย และสะดวกในการให้ผู้ป่วยหยิบใช้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น ($M = 2.67$, $SD = 0.55$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องความจำ หลงลืมสิ่งต่างๆ ได้ง่าย จำวัน เวลา สถานที่ไม่ได้ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือจัดสิ่งแวดล้อม หรือเตรียม อุปกรณ์ ให้เหมาะสม ปลอดภัย²⁶

2. ระดับพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 2.34$, $SD = 0.38$) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดย อาศัยประสบการณ์การดูแลที่ได้รับ การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยเฉลี่ย 4.35 ปี

(SD = 3.39) ประกอบกับผู้ดูแล ร้อยละ 64.2 เป็นเพศหญิง ผู้หญิงมีบทบาทในครอบครัวโดยเป็นภรรยา บุตร มารดา และแม่บ้าน ที่ต้องดูแลบุตร และบุคคลในครอบครัว และ ร้อยละ 64.2 มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรหลาน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายโลหิต มีความรัก ความผูกพัน มักได้รับการปลุกฝังในการดูแลหรือทดแทนบุญคุณ โดยเฉพาะยามชรา และยามเจ็บป่วย¹⁶ ในสังคมไทยมีค่านิยมทางสังคมและประเพณีที่ปฏิบัติกันมา ให้เพศหญิงทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานบ้าน และสมาชิกในครอบครัวยามเจ็บป่วย รวมทั้ง สอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการี และทดแทนบุญคุณบิดา มารดา²⁷⁻²⁸ จึงมีผลส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี ความสัมพันธ์ทางบวกจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ในระดับสูง มีการยอมรับปัญหาของผู้ป่วยได้^{4,13} เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ดังนี้

2.1 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (M = 2.57, SD = 0.44) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่า การมีบทบาทในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน หรือปฏิบัติทั้งหมดแก่ผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ซึ่งผู้ดูแลได้กระทำจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงสามารถปฏิบัติอย่างถูกต้องและเข้าใจ^{16,20}

2.2 ด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันอุบัติเหตุ (M = 2.45, SD = 0.45) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยสูงอายุ ประกอบกับสรีระ การเคลื่อนไหว รวมถึงพยาธิสภาพของโรคที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้ง่าย⁵ ผู้ดูแลจึงมีการจัดการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย

2.3 ด้านการสื่อสารและการมีสัมพันธภาพ (M = 2.27, SD = 0.51) จากการศึกษาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านนี้ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในครอบครัวโดยผ่านทาง การสื่อสารเป็นคำพูด และการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เพื่อให้รับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และความต้องการ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เพื่อตอบสนองความต้องการแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดความรัก ความผูกพันที่ดีต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตื่อนใจ¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วย การยอมรับความเป็นบุคคลและการมีปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษครั้งที่พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 64.2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในฐานะเป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 74 มีระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วย 1 - 5 ปี แสดงว่าผู้ดูแลให้การดูแลด้วยความรักและผูกพัน ทดแทนบุญคุณบิดา-มารดา และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมานาน เกิดการยอมรับและเข้าใจ ทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีและมีสัมพันธภาพที่ดี

2.4 ด้านการจัดการกับอาการทางจิต (M = 2.23, SD = 0.56) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลรายข้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 5 ข้อ และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสูงสุด คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยการเก็บของมีคมต่างๆ ในที่มิดชิด (M = 2.59, SD = 0.63) อาจเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ นอกจากปัญหาเรื่องความจำที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังพบปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจด้วย เช่น ก้าวร้าวรุนแรง มีอาการประสาทหลอนทางหู หลงผิดคิดว่ามีคนจะมาขโมยของ ระแวงว่ามีคนในบ้านคิดจะปองร้าย บางรายมีอาการเศร้า พูดถึงเรื่องความตาย ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเหล่านี้ได้ สิ่งที่ผู้ดูแลสามารถจัดการได้ง่ายที่สุด คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล²⁹ ส่วนพฤติกรรมในการดูแลด้านการจัดการกับอาการ

ทางจิตที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ($M = 1.99$, $SD = 0.89$) อาจเนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเป็นเวลานาน แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรค ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยเกือบทุกรายมักมีอาการเป็นๆ หายๆ อาการมักกำเริบเป็นระยะๆ^{4,6,13,30}

2.5 ด้านการฟื้นฟูความจำ ($M = 2.17$, $SD = 0.51$) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลรายข้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4 ข้อ และมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสูงที่สุด คือ เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกชื่อผู้ดูแลทุกครั้ง πουคุยกับผู้ป่วย ($M = 2.61$, $SD = 0.74$) อาจเนื่องจากผู้ดูแล ร้อยละ 87.8 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล ในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ก่อนการพูดคุย ส่วนพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ จัดกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เพิ่มการเรียนรู้และฝึกความจำ เช่น การให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องในอดีต การดูรูปถ่าย การอ่านหนังสือที่ผู้ป่วยชื่นชอบและสนใจให้ผู้ป่วยฟัง เช่น หนังสือธรรมะ บทสวดมนต์ การอ่านหนังสือพิมพ์ ($M = 1.89$, $SD = 0.83$) อาจเนื่องจากผู้ดูแล ร้อยละ 37.4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 27.6 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 24.4 ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ขึ้นไป อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ดูแลอาจยังมีความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูความจำน้อย น่าจะมีผลทำให้ความสามารถในการเรียนรู้หรือฝึกทักษะอยู่ในขอบเขตที่จำกัด อย่างไรก็ตาม ในการฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จะได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย สภาวะจิตใจ ระยะดำเนินโรค และพยาธิสภาพของโรค ที่ทำให้ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติได้^{5,28} ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณผู้ป่วย ร้อยละ 69.1 มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก จึงทำให้เกิดความร่วมมือน้อย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จากการศึกษาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.66$, $p < 0.01$) อธิบายได้ว่า พฤติกรรมดูแลเป็นผลจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ผู้ดูแลก็จะมีความรู้ที่ถูกต้องตามด้วย¹¹

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แต่อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อาจจะไม่ได้อิงกับสมรรถนะแห่งตนเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลด้วย ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล และปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ดังการศึกษาของ Pukdeeprom¹³ พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยของผู้ป่วย ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และ Taameeyapradit³¹ กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับสภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเศร้า พยายามทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้

ล่วงหน้า การฝึกหรือสอนให้ผู้ป่วยจดจำเพื่อที่จะได้เรียนรู้เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก สิ่งเหล่านี้จึงมีผลต่อความสัมพันธ์ในด้านพฤติกรรมการดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเกี่ยวกับการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การเข้าไปพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย
2. ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนการเรียนรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล ในเรื่อง การฟื้นฟูความจำให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เช่น การให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องในอดีต การดูรูปถ่าย การอ่านหนังสือที่ผู้ป่วยชื่นชอบและสนใจให้ผู้ป่วยฟัง เช่น หนังสือธรรมะ บทสวดมนต์ การอ่านหนังสือพิมพ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
2. พัฒนาโปรแกรมในเรื่อง การฟื้นฟูความจำผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สำหรับผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธีรังษี นายแพทย์ไพโรจน์ เสรีเด่นชัย และคุณเสาวภา ปานเพชร ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรง และความครอบคลุมของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Sittironnarit G. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): Concept and treatment. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011; 56(4): 449-62. Thai.
2. Chantasirikarn S. Guide parents. 2 nd ed. Bangkok: Aksornsamphan Printing; 2009. Thai.
3. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand. 2012; 57(3): 335-46. Thai.
4. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers. J Psychiatr Assoc Thailand. 2013; 58(1): 101-10. Thai.
5. Muangpaisan W. Caring of dementia's patient from prevention to caring in the final stage: A prevent of dementia. Bangkok: Parbpim Partnership Ltd.; 2012. Thai.
6. Thepprasong S. Barriers to caregiving among caregivers of dementia elderly at Suan Prung psychiatric hospital [dissertation]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2005. 62 p.

7. Khanork S. Effectiveness of multifactorial intervention for preventing falls programme in elderly visiting aging clinic [Thesis]. [Khon Kaen]: Khon Kaen University; 2010. 159 p.
8. International Psychogeriatric Association. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) educational pack. Northfield: International Psychogeriatric Association; 1998, 2010, 2012, 2015.
9. Tabtimthong W, Junprasert S, Homsin P. Effects of promoting self-efficacy on perceived self-efficacy, outcome expectation and smoking avoidance behavior of early male adolescents. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2012; 20(1): 33-43. Thai.
10. Srikirin T. Perceived self-efficacy in caring and caring behaviors of caregivers of relapsed schizophrenic patients in Suansaranrom hospital, Suratthani province [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2005. 71 p.
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Worth Publishers. 1997.
12. Prada J, Kullawong N, Promwang P, et al. Effect of family program on the parent perceived self-efficacy, family caring behaviors and development of intellectual and developmental disabilities persons. Rajanukul journal. 2011; 26(3): 35-50. Thai.
13. Pukdeeprom T. Selected factors related to caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia [Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2005.
14. Chatrawongwiwat T, Kong-in W, Thaniwattananon P. Impacts of a memory-enhancing programme on perceived memory self-efficacy amongst elderly people. Thai Journal of Nursing Council. 2013; 28(2): 98-108. Thai.
15. Montong A. Relationships between health beliefs, self-efficacy, hope, and psychological self-care behaviors of patients with depressive disorder [Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2006.
16. Raksawong N. Mental health promotion among caregivers of dementia patients [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2008. 98 p.
17. Glubvong M. The Development of an assessment tool for self care behavior of schizophrenic patients: In case of in-patient department at Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2009. Thai.
18. Musigachai W. Nurses' support and caregivers' practices in caring for patients with dementia [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2010. 101 p.
19. Musiko S. Caregivers' needs in caring for dementia patients at suansaranrom hospital, Suratthani province [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2005. 67 p.
20. Phunsiri O. Knowledge and caring behaviors of early dementia caregivers at Songkhla Rajanagarinda psychiatric hospital, Songkhla province [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2005. 93 p.

21. Polit D, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice 9 th ed. Philadelphia: PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
22. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavior disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines; 2010.
23. Wade DT, Collen C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?. Int Disabil Stud. 1988; 10(2): 64-67.
24. Srisatitnarakoon B. The methology in nursing research. 5 th ed. Bangkok: U & I. Inter Media; 2010.
25. Siriwannabussaya P. Developmental psychology theory. 6 th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013.
26. Chantasirikarn S. Dementia-the disease. Moh-chao-Ban. 2008; 30(351): 58-89. Thai.
27. Yodphet S. The integrated system of long-term care for the elderly. Bangkok: J Printing 2. 2009.
28. Sasat S. Geriatric nursing: Common problems and approaches to care. 2 nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2008.
29. Chantasirikarn S. Comprehensive car for dementia. Geriatric Medicine Unit. Bangkok: Faculty of Medicine Hospital, Ramathibodi Hospital; 2001.
30. Lortrakul M, Sukanich P. Text book of Ramathibodi Psychiatry. 3 rd ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2012.
31. Taemeeyapradit U. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2012.

The Relationship between Perceived Caring Self-Efficacy and Caring Behaviors Among Caregivers of Persons with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Ratshada Yimsai* Tanomsri Intanon** Vineekarn Kongsuwan***

Abstract

The purposes of this descriptive research were to describe the level of perceived caring self-efficacy and caring behaviors of caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia, and to examine the relationship between perceived caring self-efficacy and caring behaviors among caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia. The subjects were selected using purposive sampling and comprised 123 caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia. The tools consisted of three parts: Part 1 general data form, part 2 perceived caring self-efficacy questionnaire, and part 3 caring behaviors questionnaire. Content validity was tested by three experts. Parts 2 and 3 of the questionnaire were tested for their reliability. Cronbach's alpha coefficients of parts 2 and 3 were 0.92 and 0.96 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The relationship between perceived caring self-efficacy and caring behaviors among caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia was analyzed using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study were as follows: Overall perceived caring self-efficacy was at a high level ($M = 2.37$, $SD = 0.45$). Overall caring behaviors were at a high level ($M = 2.34$, $SD = 0.38$). There was a significant moderate positive relationship between perceived caring self-efficacy and caring behaviors ($r = 0.66$, $p < 0.01$).

The results of this study could be used in planning for activities that promote self-efficacy and caring behaviors of caregivers, in particular when applied in the management of patients self-harm behavior and in caring for memory rehabilitation.

Keywords: perceived caring self-efficacy; caring behaviors caregivers; behavioral; psychological symptoms of dementia's patients

* Student, Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing) Faculty of Nursing. Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand. aeyratshada@hotmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing. Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*** Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing. Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.