

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ณัฐรดา แฮคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กรกฎาคม 2563

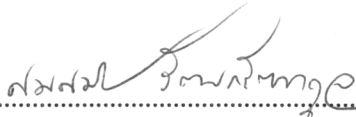
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ฌัฐรดา แซ่คำ ฉบบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล)

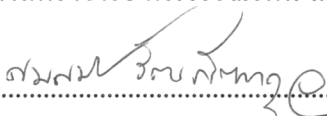
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลัคณาวิระ)

คณะพยาบาลศาสตร้อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 3 เดือน สค. พ.ศ. 2563

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
ประเภททุนพัฒนาบัณฑิตศึกษา
ประจำปีงบประมาณ 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาอุทิศเวลาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการศึกษา ผู้วิจัยเกิดความรู้สึกที่ดีและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลัคณาวิระ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในมหาวิทยาลัยบูรพาที่คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย และที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณ อสม. ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีส่วนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่อำนวยความสะดวกด้านเวลาในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโททุกท่านที่ได้ร่วมศึกษา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์อันมีค่า โดยเฉพาะคุณสิริวิมล กิจชล ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุข เกื้อกูลในการทำวิจัยตลอดมา เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัย

แห่งชาติ ประเภททุนพัฒนาบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2563 จึงขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย ขอกราบขอบพระคุณอันยิ่งใหญ่ของบิดามารดาที่เป็นแรงใจ แรงผลักดันจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้ ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณสามี คุณณณกุลย์ พูลเพิ่ม ที่คอยสนับสนุนในทุกด้านรวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและอยู่เคียงข้างตลอดเวลา ขอขอบคุณบุตรสาวกำลังใจที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้

คุณความดีและประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแก่ครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยได้พบความสำเร็จในครั้งนี้

ณัฐดา แฮ่คำ

60920040: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: ความพร้อมในการดูแล/ ผู้มีภาวะสมองเสื่อม/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

นั้ฐรดา แฮค้่า: ป้จจ้ยที่ม่ควมส้พ้ันช้กับควมพร้อมในการดูแลผู้ม่ภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณรัตน์ ลาวั้ง, Ph.D., สมสมัย รัตนกริฑากุล, Dr.P.H. หน้า 102. ปี พ.ศ. 2563.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 240 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563 โดยการทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล (มีค่า KR 20 เท่ากับ .63) และการทำแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ทักษะคิดต่อการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท และความพร้อมในการดูแล (มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .72-.97) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 72.08$, $SD = 13.26$, $M_{adj} = 3.60$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นความพร้อมด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและด้านการจัดทำฐานข้อมูลที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ($r = .67$, $p < .001$) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ($r = .52$, $p < .001$) ทักษะคิดต่อการดูแล ($r = .34$, $p < .001$) ภาวะสุขภาพของ อสม. ($r = .17$, $p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ($r = .17$, $p < .01$) จากผลการวิจัย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแล ทักษะคิดต่อการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนให้การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีการรับรู้สุขภาพไม่ดี เพื่อเพิ่มความพร้อมของ อสม. นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

60920040: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: READINESS/ DEMENTIA/ VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

NATRADA HAEKHAM: FACTORS RELATED TO CARE READINESS FOR PERSONS WITH DEMENTIA AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS. ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT LAWANG Ph.D., SOMSAMAI RATTANAGREETHAKUL, Dr.P.H. 102 P. 2020.

Village health volunteer is an essential resource in the long-term care system for persons with dementia. This descriptive correlational research aimed to describe care readiness and to determine factors related to the care readiness for persons with dementia among village health volunteers. Multistage random sampling was used to recruit 240 village health volunteers who perform duties in Chonburi province. Data was carried out from November 2019 to January 2020. Research instruments were the questionnaires including the care knowledge (Kuder-Richardson = 0.63), the care role perception, the caring attitude, the care role support, and the care readiness (Cronbach's alpha coefficients were 0.72-0.97). Descriptive statistics and Pearson correlation statistics were performed to analyze the data.

The results revealed that the care readiness for persons with dementia of participants in overall was rated at a high level ($M = 72.08$, $SD = 13.26$, $M_{adj} = 3.60$). When considering each aspect, it was found that all readiness aspects were rated at a high level; except for assessing health needs and establishing a database aspects were rated at a moderate level. Factors that positively correlated with the care readiness for persons with dementia among participants were the care role perception ($r = .67$, $p < .001$), the care role support. ($r = .52$, $p < .001$), the care attitude ($r = .34$, $p < .001$), perceived health status ($r = .17$, $p < .01$) and the care knowledge ($r = .17$, $p < .01$) These findings suggest that nurse and other health personnel should develop the program to promote the care readiness for persons with dementia in among village health volunteers through increasing the care role perception, the caring attitude, the care, as well as promoting the care role support, especially in those perceived poor health status. Consequently, readiness care would be improved to enhance the quality of care for persons with dementia.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	11
อสม. กับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว	30
ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.	34
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม....	36
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
4 ผลการวิจัย	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	52
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	54

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ของ อสม.	58
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อม.....	59
5 สรุป และอภิปรายผล	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผลการวิจัย.....	61
ข้อเสนอแนะ.....	66
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก.....	77
ภาคผนวก ข.....	79
ภาคผนวก ค.....	86
ภาคผนวก ง.....	90
ภาคผนวก จ.....	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย	102

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนประชากรและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง 44
2	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือทดลองใช้ 49
3	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐาน 53
4	ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และการแปลผลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมและรายด้าน 56
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม 57
6	ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวม และรายด้าน 58
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อม..... 59
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง 59
ภาคผนวก จ-1	จำนวน และร้อยละความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มตัวอย่าง 100

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2	กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	26
3	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	43

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะเรื้อรังหรือมีความก้าวหน้าของโรค โดยมีความเสื่อมถอยทางสติปัญญาที่ส่งผลกระทบต่อความคิด พฤติกรรมและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (World Health Organization [WHO], 2019) จากรายงานพบว่า ในปี ค.ศ. 2019 ประชากรโลกมีภาวะสมองเสื่อมถึง 50 ล้านราย และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นมากถึง 152 ล้านราย (Alzheimer's Disease International, 2019) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 450,200 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,233,200 คน ภายในปี พ.ศ. 2593 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, เชิดชัย นพมณี, จำรัส เลิศ และอักรินทร์ นิมมานันต์, 2555) หรือมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้น 1 ราย ในทุก ๆ 7 วินาที (กรมการแพทย์, 2551) โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น (Prince et al., 2015) โดยผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี พบร้อยละ 1.8-2.0 (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้ที่อายุมากกว่า 85 ปี และเพิ่มมากถึง ร้อยละ 37 ในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปี (Plassman et al., 2007) จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาภาวะสมองเสื่อมกระจายอยู่ในชุมชน

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อมากมาย โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในด้านความคิด ความรู้ ความจำ การตัดสินใจ ปัญหาด้านอารมณ์-พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในการดูแลตัวเองได้ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ส่วนครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า เกือบร้อยละ 50 ของญาติผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับสูง (Mougias et al., 2015) ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมถึงด้านสังคม และหน้าที่การงาน (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธ์ สาสัดย์, 2558) นอกจากนี้ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อครอบครัวชุมชน และประเทศโดยรวม ซึ่งในอนาคตหากมีบุคคลกลุ่มนี้จำนวนมากขึ้นก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Alzheimer's Disease International, 2017) จนอาจเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาในระบบระบบสาธารณสุข และปัญหาทางสังคม จากข้างต้น ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การใช้ยาเป็นเพียงการยืดระยะเวลาช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้นานที่สุด โดยระยะแรกบุคคลจะสูญเสียความสามารถ

ในการรู้คิดและตัดสินใจที่ซับซ้อน เมื่ออาการมากขึ้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง และมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) จนระยะสุดท้ายจะสูญเสียสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด และทางกายทำให้ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2561) จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย หรืออยู่ในภาวะพึ่งพา (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; บุญรา ศรีสุพัฒน์, 2552) ภาวะสมองเสื่อมจึงถูกจัดให้เป็นหนึ่งภาวะที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น คนพิการหรือผู้ที่มีภาวะติดเตียง (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2561; พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550, 2550; รัชณี นามจันทร์, 2553) โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 70-80 ได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวที่บ้าน (นันทพร ศรีน้อม, 2560) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลัน หรือวิกฤต ดังนั้น การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่บ้านมีเป้าหมายสำคัญ คือ การชะลอความเสื่อมของสมอง การชะลอการเกิดภาวะพึ่งพา และการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความยาก ซับซ้อนแตกต่างกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป (นันทพร ศรีน้อม, 2560; ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2554 อาทิ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา การติดตามและจัดการอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลเพื่อลดความกังวลหรือความเครียด ยิ่งเมื่อได้รับการดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเท่าไร ก็จะต้องการในการดูแลมากขึ้นเท่านั้น จนบางครั้งต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักอย่างสมาชิกในครอบครัวหลายด้าน อาทิ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมอย่างหน้าที่การทำงานหรือสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง โดยปัญหาดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; บุญพา ณ นคร, 2555) จากข้างต้นสะท้อนว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอเป็นไปด้วยความยาก และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาตามมา จึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายอื่นในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวไว้ว่า ควรพัฒนามาบนพื้นฐานการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน กล่าวคือ การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเป็นหลัก ภายใต้การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะ

เรื้อรังระยะยาวที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัว 2) ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 3) ทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ ผู้นำ และอาสาสมัครในชุมชน โดยแต่ละส่วนจะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความพร้อมในการดูแลผ่านการได้รับเตรียมการเพื่อการดูแล การได้รับข้อมูลที่สำคัญ การได้รับการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เช่นเดียวกันกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่แต่ละเครือข่ายต้องมีความพร้อมในการดูแล (นันทพร ศรีน้อม, 2560) แต่ปัจจุบันบางเครือข่ายกลับมีข้อจำกัดในการดูแล อาทิ สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ เวลา และเศรษฐกิจ (Prince et al., 2015) ส่วนทีมสุขภาพเชิงรุกมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานต่าง ๆ มาก (กามัน เจ๊ะอารง และชญาณิกา ศรีวิชัย, 2560) ดังนั้น การป้องกันหรือลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นจำเป็นต้องสนับสนุนให้หุ้นส่วนชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยดูแล โดยประเทศไทยมีมาตรการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

อสม. เป็นบุคคลที่อาสาหรือได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนให้เข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ โดยมีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การประสานงานเชื่อมโยงเครือข่าย และการขับเคลื่อนกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนให้ อสม. ปฏิบัติบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ฝ้าระวังโรค ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยในชุมชน หรือคนพิการในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) อสม. จึงเปรียบเสมือนหมอประจำบ้าน เป็นฟันเฟืองสำคัญขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข และน่านโยบายสุขภาพสู่ประชาชนเกิดเป็นรูปธรรม (เนชั่น ทิวี, 2563) จากภารกิจข้างต้น อสม. แต่ละคนต้องผ่านการอบรมพื้นฐานตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือการอบรมพิเศษสำหรับการทำบทบาทการดูแลพิเศษ อาทิ การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง แต่จากการศึกษาเชิงนักร้องเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. พบว่า ยังขาดความพร้อมในด้านการสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกในครอบครัว อีกทั้ง อสม. ไม่สามารถร่วมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกในครอบครัวได้ (ณัฐระดา แสคำ, 2561) ดังนั้น พยาบาลชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. เพื่อนำไปสู่การวางแผนสนับสนุน อสม. ให้มีสมรรถนะ และสามารถปฏิบัติบทบาทได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ความพร้อม เป็นการรับรู้ภายในของบุคคลถึงความสามารถของตนในการทำกิจกรรมหรือปฏิบัติบทบาทหน้าที่ใด ๆ (วิลพร ศรีธเรศ, 2546) ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. จึงเป็นการรับรู้ของ อสม. ถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะ

สมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. แต่เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแลที่พบว่า มีความพร้อมภาพรวมค่อนข้างต่ำ (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, 2560) ซึ่งไม่สามารถสะท้อนความพร้อมของ อสม. ได้เนื่องจากมีบริบทที่ต่างกัน การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เทียบเคียงบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมกับบทบาทการดูแลคนพิการในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติในระบบประสาท ทำให้บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน สับสน ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ หากมีอาการมากอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เปรียบเสมือนเป็นคนพิการ โดยสรุปความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติบทบาทร่วมกับการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) ที่ระบุ ปัจจัยที่ช่วยให้เครือข่ายเกิดความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. มีหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังนี้ ปัจจัยแรก คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ประเมินสุขภาพของตนว่า มีภาวะสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด นำไปสู่ความตระหนัก ความกังวล และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมในอนาคต ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะตระหนักว่า ตนเองแข็งแรงและสามารถต้านทาน โรคได้ จึงไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และเกิดความคาดหวังในการปฏิบัติ จึงพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท เช่นเดียวกัน หาก อสม. มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีก็จะทำให้มีความพร้อมในการดูแลที่มากตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, 2560; เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555)

การรับรู้บทบาท เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้บทบาทมากจะยอมรับและเข้าใจว่า ตนเองต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบใด มักแสวงหาแนวทางพัฒนาตนเองเพื่อทำหน้าที่นั้น จนเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท เช่นเดียวกัน หาก อสม. มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากย่อมมีการยอมรับในการปฏิบัติดูแล แสวงหาแนวทางพัฒนาตนเอง จะทำให้มีความพร้อมในการทำบทบาทมากขึ้น (นงคราญ สมฤทธิ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้บทบาท

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (จิรภา เพียรพนัสสติก และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต, 2560) และกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. (ภิญญา จำปาศรี, 2560)

ความรู้ เป็นความเข้าใจของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับการเตรียมมาก่อน ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สูงจะเกิดความเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/ สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/ สิ่งใดไม่ควรทำ ทำให้มั่นใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติ และนำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทที่เหมาะสม (พรชูลี จันทร์แก้ว, 2553; ภิญญา จำปาศรี, 2560; นิชชารีย์ พิริยจรัสชัย, 2560) เช่นเดียวกับ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงจะเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติตลอดจนการดูแลที่ควรทำ สิ่งที่ต้องเหมาะสม จนเกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการให้คำปรึกษาแนะนำโรค (วัฒนา แม้นพยัคฆ์, 2541) และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เจาะคอ (พรพรรณ พรหมทัต, 2554)

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลที่ให้ความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะเห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย พอใจ/ ไม่พอใจ ซึ่งบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกจะเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกอยากจะทำปฏิบัติ จึงมีแนวโน้มทำให้บุคคลพัฒนาตนเองจนนำไปสู่ความพร้อมที่ดี (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน หาก อสม. ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเกิดแรงจูงใจภายในเชิงบวก ก็จะยอมรับและยินดีในการปฏิบัติบทบาทการดูแลจะกระตุ้นให้พัฒนาตนเอง จนมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สมิตรา ชูแก้ว, 2557)

ปัจจัยสุดท้ายการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เป็นการรับรู้หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติจากคนรอบข้าง เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือด้านทรัพยากร จะเกิดแรงจูงใจที่จะผลักดันให้บุคคลอยากจะทำปฏิบัติหรือคำนึงให้สามารถพัฒนาตนเองต่อสู้กับปัญหา จนนำไปสู่ความพร้อม (WHO, 2002) เช่นเดียวกันหาก อสม. ได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม จะรู้สึกมีกำลังใจและเตรียมตนเองในการต่อสู้กับความยากลำบากหรือปัญหาในการดูแล จนนำไปสู่ความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. (เดือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, 2556) และกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. (ภิญญา จำปาศรี, 2560)

จากข้างต้น อสม. เป็นทีมหุ่นส่วนชุมชนที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่จำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล ผู้วิจัยจึงศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.” โดยศึกษากับ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีการเพิ่มสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วและมีผู้มีภาวะสมองเสื่อม หรือผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมกระจายอยู่ในชุมชนจำนวนมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) ซึ่งผลการศึกษาก็คือจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนากลวิธีหรือโปรแกรมการเตรียมความพร้อม อสม. ซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะและสามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนด นำไปสู่การช่วยเหลือและลดภาระของสมาชิกในครอบครัวรวมถึงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท)

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท) มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อสม.

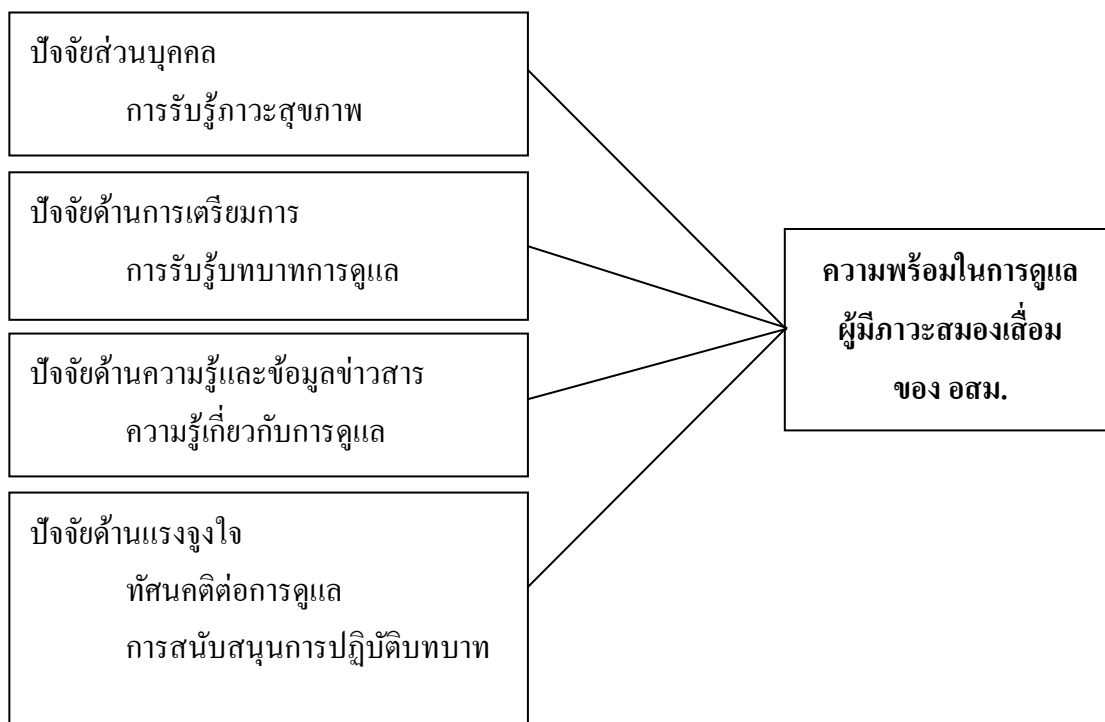
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้บูรณาการกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) (WHO, 2002) ร่วมกับแนวคิดความพร้อมของบุคคล และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในโครงสร้างที่เชื่อมโยงกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีจุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพในการจัดการภาวะเรื้อรังด้วยการสนับสนุนของทีมดูแลสุขภาพและหุ้นส่วนในชุมชนซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system) ซึ่งแต่ละระบบมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป ซึ่งระดับเล็กเป็นระบบที่สำคัญที่สุดเพราะใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังมากที่สุด (รัชณี สรรเสริญ, 2554) ซึ่งในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน เป็นหุ้นส่วนกัน คือ 1) ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว 2) หุ้นส่วนชุมชน และ 3) ทีมดูแลสุขภาพ แต่ละกลุ่มจะทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเมื่อมีความพร้อมในการทำบทบาทซึ่งจะเป็นนำไปสู่ความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นตามทฤษฎีเมื่อบุคคลมีความพร้อมจะสามารถปฏิบัติบทบาทตนเองนำไปสู่การตอบสนองการดูแลผู้อื่นได้ ซึ่งการที่ อสม. จะสามารถให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของ อสม. ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในสถานการณดังกล่าว ดังนั้นการได้ทราบถึงความพร้อมในการดูแลของอสม. ได้รับการเตรียมการ (Prepared) เช่น การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ หรือการรับรู้บทบาท ต่อมาเป็นการให้ข้อมูลสำคัญ (Informed) เช่น การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือให้ความรู้จนเกิดความเข้าใจ และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) ที่กระตุ้นการปฏิบัติ ทั้งแรงจูงใจภายใน หรือแรงจูงใจจำวน

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) ในระดับเล็กซึ่งในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน เป็นหุ้นส่วนกัน คือ 1) ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว 2) หุ้นส่วนชุมชน (ผู้นำชุมชน และ อสม.) ที่ทำหน้าที่ดูแล และ 3) ทีมดูแลสุขภาพ (พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) ซึ่งแต่ละส่วนจะต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมตามขอบเขต บทบาท หน้าที่ โดยแต่ละส่วนจะได้รับการเตรียมการให้รับรู้บทบาทของตนเองในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการดูแล จากกรอบแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นหุ้นส่วนชุมชนสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ

(การรับรู้บทบาทการดูแล) และ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท) (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 240 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้ และ ข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท)
2. ตัวแปรตาม คือ ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550

ผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ความพร้อมในการดูแลของ อสม. หมายถึง การรับรู้ของ อสม. ถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ครอบคลุมความพร้อม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของ ภิรญา จำปาศรี (2560)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ครอบคลุมความแข็งแรงของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประเมินการรับรู้เป็นตัวเลข 0-10 (Numerical Rating Scales [NRS])

การรับรู้บทบาทการดูแล หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมความพร้อม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของ ภิรญา จำปาศรี (2560)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล หมายถึง ความเข้าใจของ อสม. ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ทัศนคติต่อการดูแล หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยแสดงออกมาในลักษณะเห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย พอใจ/ไม่พอใจ ครอบคลุมทัศนคติ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 2) ทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ของ บุญพา ณ นคร (2555)

การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ครอบคลุมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย รายละเอียดดังนี้

1. การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1 ภาวะสมองเสื่อม
 - 1.2 นโยบายและแนวทางการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
 - 1.3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว
2. อสม. กับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว
 - 2.1 อสม.
 - 2.2 บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
3. ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
 - 3.1 คำจำกัดของความพร้อมในการดูแล
 - 3.2 องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม

คำจำกัดความภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ให้คำจำกัดความภาวะสมองเสื่อมว่า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะเรื้อรังหรือมีความก้าวหน้าของโรคโดยมีความเสื่อมถอยทางสติปัญญาซึ่งมีผลกระทบต่อความจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัว การบกพร่องในการทำงานของสติปัญญาอาจจะนำไปสู่การเกิดปัญหาในการควบคุมทางอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมหรือแรงจูงใจ ในทิศทางเดียวกันสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychological Association, 2012) ระบุว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความบกพร่องของความคิด ความจำ เซอร์ปัญญา ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา การกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย การรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส และการทำหน้าที่บริหารจัดการ อย่างน้อยหนึ่งด้าน

ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการทำงานและการดำเนินชีวิตในสังคม

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2557) ให้คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมว่า หมายถึง เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง โดยแสดงความคิดผิดปกติ ด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจในการเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรง และรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและ อารมณ์ ในขณะที่นักวิชาการไทย (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2558) ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองด้านความคิด การรับรู้อย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยมีความสามารถลดลง จากเดิมที่ดีมาก่อน และผลของการเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

จากข้างต้น ภาวะสมองเสื่อมจะทำให้บุคคลมีการเสื่อมหน้าที่ของการเรียนรู้และเขาวัวปัญญาอย่างรุนแรงจนรบกวนการทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และบางครั้งอาจมีอาการทางจิตได้ ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทางสติปัญญา และบุคลิกภาพเห็นได้ชัดจากการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล ความจำเสื่อม สติปัญญาเสื่อม วิจรรย์ญาณเปลี่ยนและพบอารมณ์แปรปรวน ซึ่งพบว่า เมื่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมเสียความจำระยะสั้นก่อนแล้วจึงสูญเสียความจำระยะยาว คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของการทำงานของสมองทั้งหมด ยังส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพ

การศึกษานี้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดจากพยาธิสภาพในสมองหรือระบบประสาทที่มีความเสื่อมถอยของสมองแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ความสามารถในการจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจลดลงส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตประจำวันจนเกิดภาวะพึ่งพาได้

ผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ชนิดของภาวะสมองเสื่อม

ชนิดของภาวะสมองเสื่อมสามารถพิจารณาตามสาเหตุและการรักษาได้ 2 กลุ่ม (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมปฐมภูมิ (Primary dementia) เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดไม่สามารถรักษาได้ให้หายขาดได้ (Non-treatable dementia) ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในอดีตที่ผ่านมาโรคในกลุ่มนี้มักไม่พบสาเหตุ จึงไม่สามารถที่จะป้องกันหรือรักษาให้หายขาดได้ พบมากถึงร้อยละ 60-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด โดยพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ที่พบ

ได้บ่อย เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) โรคพิก (Pick's disease) เป็นต้น

2. ภาวะสมองเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary dementia) เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดที่สามารถรักษาบำบัดได้ (Treatable dementia) ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ของร่างกายและการส่งผลกระทบต่อสมอง อาทิ หลังการติดเชื้อหรือการได้รับสารพิษผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรักษาอาการให้ดีขึ้น จึงเป็นภาวะสมองเสื่อมที่สามารถป้องกันการเกิดได้พบได้หลายสาเหตุ ดังนี้

2.1 เกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง เนื่องจากเนื้อสมองมีการเสื่อมสลายหรือตายส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุ พบบ่อยในกลุ่มโรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน และโรคอื่น ๆ

2.2 เกิดจากหลอดเลือดสมองที่ไปเลี้ยงสมองแข็ง หนาตัว หรือตีบตัวผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมองก็จะทำให้เนื้อสมองตายได้ มักจะอยู่ในผู้มีความดันโลหิตสูง น้ำตาลหรือไขมันในเลือดสูง หรือสูบบุหรี่

2.3 เกิดจากการติดเชื้ออักเสบในสมองที่ เช่น ไวรัสสมองอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงซึ่งหากรอดชีวิตจะทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายเกิดอาการสมองเสื่อม

2.4 เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามิน เช่น ผู้ป่วยที่ติดเหล้าหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังอาจขาดวิตามินบี 1 หรือผู้ที่กินมังสาวิธอย่างเคร่งครัดอาจขาดวิตามินบี 12 เมื่อได้รับไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติหรืออาจถึงขั้นเซลล์สมองตายได้

2.5 เกิดจากการแปรเปลี่ยนของระบบเมตาบอลิซึมของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ การทำงานของตับหรือไตผิดปกติทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกายจนสมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าคงอยู่นาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมได้

2.6 เกิดจากการถูกกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอ ภาวะนี้พบบ่อยในคนที่มึนปั้งจี้เสี่ยงที่จะได้รับการกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอ ๆ โดยเฉพาะนักมวย นักกีฬา การกระทบกระแทก ทำให้เนื้อสมองตายเป็นจำนวนมากจะทำให้มีอาการสมองเสื่อม

2.7 เกิดจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง อาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมได้ 2 กลุ่ม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2556, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2555) ดังนี้

1. อาการด้านจิตใจ (Psychotic symptoms)

1.1 อาการหลงผิดที่พบ คือ แบบ Paranoid delusion โดยเฉพาะการรู้สึกว่ามีคนมาขโมยของมากที่สุด บางรายหลงผิดคิดว่ามีคนหน้าแปลกอยู่ในบ้าน

1.2 อาการประสาท มักพบในระยะกลางของการเจ็บป่วย โดยอาการที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางตา คือ มักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง

1.3 อาการซึมเศร้ามักพบในระยะแรกโดยอาจมีอาการเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป

1.4 อาการเฉยเมย มักพบในระยะแรกและระยะกลางโดยอาจมีอาการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัวการตอบสนองทางอารมณ์ลดลง ขาดความริเริ่มในด้านต่าง ๆ

1.5 อาการวิตกกังวล มักพบในระยะแรก ๆ โดยอาจรู้สึกความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง อาการจะเกิดขึ้นเมื่อต้องอยู่ในหมู่่มาก หรือการอยู่สถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

2. อาการที่แสดงผลทางพฤติกรรม (Behavioral symptom)

2.1 อาการเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย เป็นอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแล และเป็นสาเหตุที่ญาตินำมาับการรักษา

2.2 อาการกระวนกระวาย เป็นอาการแสดงในลักษณะการกรีดร้อง แสดงพฤติกรรม และการพูดที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกายแต่มีกริยาแปลก ๆ เช่น สะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่าง ๆ แต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ เป็นต้น 2) มีอาการก้าวร้าวทางกาย ถ้ามีอาการมากจะพบการกัดหอยอก หรือทุบตีคนรอบข้างได้ 3) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา เช่น การพูดซ้ำ ตะกุกตะกัก เป็นต้น และ 4) มีอาการก้าวร้าวทางวาจา มักพบการทำเสียงดัง คำทอทำเสียงแปลก เป็นต้น

2.3 อาการเกรี้ยวกราด เป็นอาการแสดงออกมาในลักษณะความก้าวร้าวรุนแรงต่อ สิ่งเร้า เช่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ หรือพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

2.4 อาการบ่น บางครั้งอาจบ่นหรือว่าแบบไม่มีเหตุผล หรือเกิดขึ้นจากอาการหลงผิด หากคนรอบตัวไม่เข้าใจจะรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกกล่าวหา อาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงตอบกลับไปได้

2.5 อาการขาดความยับยั้งชั่งใจ บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้า โคนการขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่ทราบว่าการกระทำนั้นไม่เหมาะสม

2.6 อาการรับประทานที่ผิดปกติ อาจพบพฤติกรรมที่รับประทานอาหารผิดปกติ เช่น รับประทานตลอดเวลา หรือคิดว่ายังไม่รับประทานเพราะผู้ป่วยหลงลืม

2.7 อาการต่อต้าน จะปฏิเสธที่จะทำตามคำบอก ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่พบบ่อย

2.8 อาการเอาแต่ใจ จะมีลักษณะไม่มีความอดทนต่อการรอ เรียกร้องและบังคับให้บุคคลรอบข้างทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ

จากข้างต้น อาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมนั้นมีหลากหลาย ในทางการแพทย์จึงได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมพิจารณาจากอาการและผลกระทบ แบ่งเป็น 3 ระดับ (American Psychiatric Association, 2013 อ้างถึงใน ชยุตตรา สุทธิลักษณ์, 2560) ดังนี้

1. ระดับที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับไม่รุนแรง (Mild dementia) เป็นระยะเริ่มแรกหรือระยะต้นของของภาวะสมองเสื่อมในระยะนี้ใช้เวลา 1-3 ปี ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความทรงจำ ที่เห็นได้ชัด คือ การสูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำ ๆ จนผิดสังเกต ผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์อดีตได้ดีกว่าการใช้คำถามต่าง ๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของ เริ่มไม่ถูกต้อง บางครั้งการดูแลสุขอนามัยของตนเองได้และยังสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่เริ่มมีความบกพร่องในเรื่องของการคิดเชิงซ้อน การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและด้านสังคม อย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มาก มีข้อบกพร่องในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง

2. ระดับที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) เป็นระยะกลางของภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้ใช้เวลา 3-10 ปี ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งพบว่า ความจำระยะนี้มีการเสื่อมเพิ่มมากขึ้น จำในสิ่งที่ทำสำเร็จผ่านไปไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การวางของ การพูดจาซ้ำ ๆ และสั้น ๆ การพูดเป็นประโยคยาว ๆ จะไม่รู้เรื่องในระยะนี้การดูแลตนเองเริ่มบกพร่อง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขลักษณะ เช่น การแปรงฟัน การหวีผม หรือการล้างหน้า การชำระการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันลำบากขึ้น อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาต้องการได้รับการดูแล ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดอันตราย นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติทางจิตใจและอาการแสดงทางด้านพฤติกรรม ดังนี้

2.1 อาการตื่นเต้นวุ่นวาย ผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ หรือแปลการกระทำหรือคำพูดผิดเพี้ยนไป แสดงออกมาในรูปของความก้าวร้าว กระสับกระส่าย บ่นจู้จี้ ทำซ้ำซากเดินไปมาตลอด แสดงอาการอึดอัดไม่สบายใจ เช่น การถอนหายใจ ร้องคราง และร้องไห้ เป็นต้นปัญหาพฤติกรรมที่เกิดในช่วงเย็น เนื่องจากเหนื่อยมาทั้งวันและความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลงในช่วงเย็น อันเนื่องมาจากแสงสว่างลดลง การมองเห็นเริ่มไม่ชัดเจนประกอบกับความบกพร่องในเรื่องของการได้ยิน จะทำให้สับสนมากขึ้น ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการเปิดไฟ และคอยอยู่ใกล้

2.2 เดินออกจากบ้านและหลงทาง อาจเป็นผลจากไม่ทราบว่ายอยู่ที่ใด ต้องการหาใครบางคน หรือความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น ร้อนหรือหนาวซึ่งถ้าถูกเร้ามากเกินไป จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้

2.3 อาการหวาดระแวง/ ซ่อนของขโมยของ/ พฤติกรรมก่อความรำคาญ ผู้จะรู้สึกว่าจะไม่มั่นใจในตนเอง จะแสดงพฤติกรรมของความเป็นเจ้าของและการควบคุม เช่น ซ่อนของตนเองหรือหยิบของคนอื่นมาซ่อน บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยลืมที่ซ่อน ทำให้เกิดความคับข้องใจ กลัว วิตกกังวล รู้สึกโกรธ นอกจากนั้นอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้คำพูดลามกทางเพศ

2.4 พฤติกรรมการติดผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่จะกลัวและวิตกกังวลมาก ถามคำถามซ้ำ ๆ หรือทำกิจกรรม/ การเคลื่อนไหวตลอดเวลา

2.5 อาการจิตประสาทหลอน ทั้งทางการมองเห็นและการได้ยิน เช่น การมองเห็นสิ่งกีดขวางและพยายามก้าวข้าม อาการนี้อาจเป็นผลมาจากยา ไข้ หรือการติดเชื้อได้เช่นกัน

2.6 อาการหลงลืม เป็นอาการหลงบุคคลหรือสถานที่ อาการหลงผิด ไม่เป็นเรื่องราวเหมือนที่พบในโรคจิตเภท

2.7 อาการต่อต้าน ส่วนใหญ่จะต่อต้านกิจกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน หรือต่อต้านในกิจทั่วไป เช่น ไม่ยอมขึ้นรถ ไม่ยอมออกจากห้องนอน

2.8 อาการการนอนผิดปกติ มีทั้งนอนมากและนอนน้อย สิ่งที่เป็นปัญหาผู้ดูแล คือ การที่ผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินวุ่นวายหรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ

2.9 อาการรับประทานผิดปกติ มักพบในลักษณะการรับประทานไม่หยุด ร้องขออาหารบ่อยมาก และสามารถรับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ

3. ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) เป็นระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้ใช้เวลา 3-12 ปี ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้ บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองเป็นอย่างมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สูญเสียความทรงจำอย่างมาก พูดไม่รู้เรื่อง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถพูดได้เป็นคำ ๆ นอนซึม หรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่น ๆ จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย กลายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลตลอดเวลาจนถูกจัดอยู่ในกลุ่มคนพิการ

จากข้างต้น ในระยะต้นผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจช่วยเหลือตนเองได้แต่น้อยลง แต่ในขณะที่ระยะสุดท้ายนั้นต้องพึ่งพามุคคนอื่นตลอดเวลา ซึ่งการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จะช่วยในหาค้นหาและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ในปัจจุบันการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นขั้นตอนในการตรวจโรคที่พบเจอสภาวะตั้งแต่ระยะแรก เพื่อลดปัญหาที่แทรกซ้อนจากโรค และอัตราการเสียชีวิตของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลถึงการเข้าใจการรักษาได้ตรงจุด จากขั้นตอนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมนั้นมีนักวิชาการ

ศึกษาทั้งในและนอกประเทศได้กล่าวถึงเครื่องมือของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai [MMSE-Thai 2002]) ที่พัฒนามาจาก แบบทดสอบ MMSE ที่พัฒนาโดย Folstein, Fosltein, and McHugh (1975) ครอบคลุมการประเมิน 5 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ (Orientation) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) และความตั้งใจ (Attention) ได้แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย แปลโดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2557) โดยการเจาะลึกถึงแก่นแท้ของแต่ละคำถาม ทั้ง 11 ข้อ ข้อคำถามใหญ่ และข้อคำถามย่อยรวม 30 ข้อคำถาม คะแนนรวม 0-30 คะแนน จัดทำขึ้น เพื่อให้เหมาะสมสำหรับการคัดกรองโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา (วันดี โภคะกุล, 2542) และสำหรับผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการอ่าน และการเขียนหนังสือ จำนวน 8 ข้อ (ตัดข้อ 4, 9 และข้อ 10) นิยมใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการทดสอบสั้น ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ยุ่งยากหรือซับซ้อนแต่อย่างใด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; กรมการแพทย์, 2557; สุคนธา ศิริ, 2556; อรวรรณ ศิลปะกิจ, 2556)

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination [TMSE]) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาจิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมดจำนวน 29 ท่าน จาก 14 สถาบันในประเทศไทย นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองครอบคลุม การทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ แบ่งเป็น การรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) คะแนนรวม 0-30 คะแนน การแปลผลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ระดับ 23/ 30 ถือว่า มีความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต (สรนรินทร์ กาญจนะ โนนินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และจิตติวิ แก้วพรสวรรค์, 2557)

3. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) เป็นแบบทดสอบประเมินสภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ที่ได้พัฒนาขึ้น โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อใหญ่ การให้คะแนนคิดคะแนนในแต่ละข้อย่อย 19 ข้อ รวมคะแนนทั้งสิ้น 19 คะแนน เกณฑ์ในการตัดสินว่าผู้สูงอายุมีสมองเสื่อมคือมีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน หากได้คะแนนต่ำกว่านี้ถือว่ามีความผิดปกติ (กนกวรรณ กาญจนนิกร, 2561)

ปัจจุบันสนับสนุนให้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในชุมชน โดย อสม. ผ่านการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental State Examination [MMSE]) เนื่องจาก

ใช้เวลาในการประเมินน้อยโดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2555) ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการคัดกรอง การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลอย่างเหมาะสม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; กรมการแพทย์, 2557) ดังนี้

1. การซักประวัติ ถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเทียบเท่ากับการตรวจร่างกาย การพูดคุยทั้งกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญที่ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่และอยู่ในระยะใด (กรมการแพทย์, 2557)

2. การตรวจร่างกาย มีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจเกี่ยวกับ 1) การตรวจเพื่อแยกแยะระหว่างภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม Primary degenerative และ Secondary dementia ออกจากกัน 2) การตรวจหาโรคร่วมของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการเกิดความบกพร่องของการรู้คิด ได้ 3) การตรวจสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเนื่องจากมีผลต่อการพิจารณาการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และ 4) การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน เนื่องจากอาจมีผลต่อการทดสอบทางจิตประสาทการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ประสบปัญหาได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ซึ่งภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบตามมา

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมนั้นมากมาย สามารถสรุปตามผู้รับผลกระทบได้ 3 ส่วน คือ ต่อตัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่อผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และต่อสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้สมองสูญเสียการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะอื่น ๆ ด้วย ในระยะแรกจะสูญเสียความสามารถในการรู้คิด ตัดสินที่ซับซ้อน แต่ในระยะหลังเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้มีภาวะสมองเสื่อมด้วย (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, 2556; Arango Lasprilla, Moreno, Rogers, & Francis, 2009)

2. ผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ด้วยภาวะของโรคจะทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติ ย่อมทำให้เกิดผลกระทบกับญาติ หรือผู้ดูแลได้ไม่มากนักน้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการเดิมเวลาเป็นทำงาน

บางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลเต็มเวลา ทำให้รายได้ลดลง บางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแล จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก เช่น ฝักรองรับ การตรวจรักษา อาหารหรือ สารอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น (ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

3. ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เช่น ออกไปเลี้ยงสังสรรค์ ไปเที่ยวพักผ่อนกับสมาชิกครอบครัว เป็นต้น ญาติหรือผู้ดูแลจะเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกเกือบทั้งหมด เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม และญาติหรือผู้ดูแลบางรายที่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอาจทำให้เกิดความพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดความขัดแย้งกับสามีได้ และการที่มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้อง และยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน ได้ จึงถูกญาติ เพื่อนฝูงลืมนัดน้อย แม้แต่ญาติที่จะมาเยี่ยมก็น้อยลง ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว และส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน ไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกัน ในเวลาที่จำกัดหรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่นก่อให้เกิดความกดดันสะสมในด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด จากสภาวะการแบกรับของผู้ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นจะต้องมีการจำกัดเวลาในการทำงาน มีการออกมาดูแลเวลาที่เหมาะสม ทำให้ความเป็นอยู่ในการทำงานลดน้อยลง ศักยภาพการทำงานก็ลดลงด้วย (ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

ผลกระทบทั้ง 3 ด้านจากภาวะสมองเสื่อม จึงต้องหาทางช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือมีการสืบค้นโรคได้ตั้งแต่ในระยะแรก ให้การดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาที่จะตามมาต่อไป

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

นโยบายการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ ต้องให้การดูแลแบบพึ่งพิงเป็นผู้ป่วยติดเตียงประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทูพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวันทำให้มีระบบการดูแลระยะยาว ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้ที่มี

ภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีผลในเชิงปฏิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงในชุมชน ที่เป็นพันธกิจสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการนี้ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในลำดับต่อไป (National Health Security Office, 2016)

จึงอาจกล่าวได้ว่าความต้องการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีความซับซ้อนมากขึ้น เกินศักยภาพผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน จึงต้องการการบูรณาการความร่วมมือและการช่วยเหลือจากผู้ที่มีความรู้และทักษะที่หลากหลาย จากสาขาวิชาชีพ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม ระบบการดูแลระยะยาวจึงได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2558 (Srithamrongsawat, Suriyawongpaisan, Kaseamsub, Aekpalakorn, & Lerapan, 2018)

การดูแลระยะยาว (Long-term care) เป็นระบบที่บูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพ และบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ส่วนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทูพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพ และสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ลักษณะการดูแลระยะยาวเป็นระบบที่บูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพ และบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนี้

1. มีนโยบายส่งเสริมหรือสนับสนุนการดูแลระยะยาวของภาครัฐ และมีงบประมาณสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม
2. มีระบบการส่งตัวเพื่อเข้ามาอยู่ในระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาว เช่น จากผู้สูงอายุและครอบครัวขอรับการประเมินเอง หรืออาสาสมัครในชุมชนหรือหน่วยงานในท้องถิ่น ทั้งด้านสุขภาพและสังคมรายงานเข้ามา
3. มีระบบการนำเข้า โดยมีเกณฑ์ประเมินว่าใครควรได้รับการดูแลหรือสมควรเข้ามาอยู่ในระบบสนับสนุน ซึ่งเกณฑ์นี้ควรต้องประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเศรษฐกิจ ที่จะต้องมีเครื่องมือประเมินที่เป็นรูปธรรม

4. มีการพัฒนาบุคลากรในการดูแลเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องการรูปแบบการดูแลระยะยาว

4.1 ผู้จัดการการดูแลรายกรณีและผู้ประสานงานหว่างกลุ่ม ซึ่งในปัจจุบันการพัฒนา Care manager เพื่อวางแผน ติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว

4.2 นักบริหาร เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลพื้นฐาน ปัจจุบันมีหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลระยะยาว 70 ชั่วโมง ของกรอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

5. มีชุดบริการสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมรายบุคคล สำหรับผู้ที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันและตอบสนองความต้องการสำหรับผู้ที่มีและไม่มีผู้ดูแล

6. มีการพัฒนามาตรฐานการดูแล เป็นการยกระดับคุณภาพการดูแลเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล

7. มีระบบการนำออก โดยมีเกณฑ์ประเมินว่าเมื่อไหร่ที่สมควรยุติการช่วยเหลือหรือออกจากระบบการสนับสนุนการดูแล เช่น ผู้สูงอายุฟื้นฟูสมรรถภาพมีการดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นหรือช่วยชีวิต

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาวนั้นมีความสอดคล้องกับการดูแลข้างต้น ซึ่งผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวนั้นจะกล่าวต่อไป

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีบริบทอาศัยอยู่ภายในบ้านเป็นการดูแลตามอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถแบ่งกิจกรรมการดูแลตามความต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 5 ด้าน (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557; นันทพร ศรีนันท, 2560; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ดังนี้

1. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่จะมีปัญหาการหลงลืม โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมยังคงรู้ว่าหลงลืม โดยเฉพาะเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องช่วยกำหนดกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ร่วมกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีองค์ประกอบของกิจกรรมในการดูแล ดังเช่น

1.1 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นประจำวันทั่วไป เนื่องจากพบปัญหาอยู่เรื่อย ๆ ซ้ำ ๆ และเป็นปัญหาแตกต่างกันไป จากการดูแลผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง หรือมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอยู่เสมอ เพื่อจะช่วยเหลือภาระในการดูแลลดลงไปได้

1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ติดป้ายเครื่องหมายตำแหน่งประตูห้องน้ำห้องนอนให้ชัดเจน ทำราวให้จับเดิน ใช้นาฬิกา โทรศัพท์ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่ การเตรียมอาหาร หรือช่วยจัดสิ่งของที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

1.3 การดูแลด้านการเคลื่อนไหวการควบคุมกล้ามเนื้อของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองหลายด้าน รวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อย คือ การไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำ และความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปได้

1.4 การดูแลด้านการขับถ่ายของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องการขับถ่ายที่พบ คือ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ทั้งนี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งควรจะปรึกษาแพทย์เป็นกรณี บางสาเหตุอาจแก้ไขให้สามารถกลับมาเป็นปกติได้ แต่บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อมที่ถูกมองข้าม เช่น ผู้มีภาวะสมองเสื่อมหาทางไปห้องน้ำไม่พบ โดยเฉพาะเวลากลางคืน วิธีการช่วยผ่อนคลายผู้ดูแล ได้แก่ หาสถานที่ที่พักผ่อนแก่การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ห้องนอน และห้องน้ำไม่ควรอยู่ไกลกันมากนัก เป็นต้น

1.5 การดูแลการนอนหลับตอนกลางคืนของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่นอนในเวลากลางคืน ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลเคียดร้อนมากที่สุด เพราะผู้ดูแลไม่ได้พักผ่อนและรู้สึกเครียดมากขึ้นหลายเท่า ดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงในสมองส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมหลับเพียงช่วงสั้น ๆ และไม่มีความแตกต่างระหว่างกลางคืนกลางวัน อาการดังกล่าวจะยิ่งรุนแรงขึ้นเมื่อสมองยิ่งเสื่อมลงการให้ยานอนหลับจะได้ผลเพียงระยะสั้น ๆ และเสี่ยงต่อผลข้างเคียง เช่น ล้มส้น หรือหกล้ม ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ในกรณีที่ผู้ดูแลผลอหลับไปก่อน เช่น ปิดทางเข้าออกจากบ้านปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า และเตาไฟฟ้าให้เรียบร้อย ซึ่งผู้ดูแลจะมีการผลัดเปลี่ยนกัน เพื่อให้มีการพักผ่อนเพียงพอ นอกจากนี้ควรให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้มีการเดินออกกำลังกายในเวลากลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นในตอนกลางคืน

2. การดูแลเพื่อลดความกังวลและความเครียด เนื่องจากการดูแลภาวะสมองเสื่อมในการลดความเครียดของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการกระทำและฝึกให้รับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพจิตใจ การใช้ชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันให้มีความราบรื่นในการใช้ชีวิต โดยมีกิจกรรมการดูแล ดังเช่น

2.1 การให้ข้อมูลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวตาม

ความจำเป็นจริงให้มากที่สุด เป็นการฝึกให้รับรู้ว่าคุณเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน/ เวลา/ เดือนปี รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารแล้วหรือยัง เป็นต้น

2.2 การจัดกิจกรรมดนตรี เป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน หากผู้มีภาวะสมองเสื่อมยังสามารถจำวิธีเล่นดนตรีขึ้นใจได้ ควรให้เล่นเพลงเก่าในอดีต เพื่อความเหมาะสมและช่วยให้ระลึกความหลังได้ การให้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ จะช่วยให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ฝึกกระตุ้นความจำได้

2.3 การวางสิ่งของที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมชอบใช้ไว้ประจำที่เดิมที่เคยไว้อยู่เสมอ ไม่ควรเปลี่ยนที่วางใหม่ หรือไปวางในตำแหน่งอื่น หรือจัดไว้ในจุดที่มองเห็นหาได้ง่าย

2.4 การชักชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น เตรียมอาหารทำความสะอาดของใช้ในบ้านตกแต่งต้นไม้ การพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกไปเดินมาก ๆ จะทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้เปลี่ยนบรรยากาศ

2.5 การชักชวนครอบครัวสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดพร้อมกับกระตุ้นให้นึกชื่อบุคคลจากรูป

2.6 การปิดปฏิทินใบใหญ่ ๆ และทำเครื่องหมายกากบาทเหมือนผ่านไปในแต่ละวัน ทำป้ายเตือนความจำรายชื่อกิจกรรมที่ต้องทำ เช่น นัดเพื่อนเก่าไปรับประทานอาหารนอกบ้าน และชวนให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำเครื่องหมายไว้เมื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

2.7 การพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกไปทำธุระที่ข้างนอกบ้านหรือไม่ได้อยู่ในบ้าน ในบางช่วงเวลาคณะเขียนบันทึกทิ้งไว้ผู้ดูแลต้องไปที่ไหนและจะกลับเมื่อไหร่หรือสร้างตารางเวลาไว้ว่าผู้ดูแลจะออกไปข้างนอกเป็นประจำในช่วงเวลาใด

2.8 การพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกนอกสถานที่ การละเล่น การออกกำลังกาย จะช่วยให้สภาพร่างกายและจิตใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมสดชื่น

3. การดูแลช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา เนื่องจาก ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูดผู้ดูแลอาจใช้วิธีเพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น ประกอบด้วย

3.1 การสนทนาเริ่มพูดคุยกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อจะเริ่มสนทนาควรลดเสียงและแสงรบกวนอื่น ๆ เช่น การปิดโทรทัศน์เรียกความสนใจโดยสัมผัสมือ หรือคั่นแขน เป็นต้น

3.2 การสนทนาในระหว่างพูดคุยกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในระหว่างการสนทนาพยายามรักษาสมาธิของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยสบสายตาหรือกุ่มมือที่ปล่อยไว้ตลอดเวลา ควรพูดช้า ๆ ด้วยท่าทางสงบใช้ข้อความสั้น ๆ มีเพียงใจความเดียวในแต่ละประโยค และตลอดการสนทนาไม่ควรเปลี่ยนหัวข้อ หรือนำหลายเรื่องมาปะปนกัน

3.3 การสนทนาหลังพูดคุยกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งหากจำเป็นต้องถามคำถาม ให้ใช้คำถามตรง ๆ ขึ้นเดียว ไม่ควรใช้คำถามที่ต้องแปลความ หรือตัดสินใจเลือก เช่น เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร การตั้งคำถามว่าหิวหรือยัง ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมตอบยาก เพราะตั้งแต่ระดับความรู้สึกรู้สึกหิวให้เป็นคำพูด ดังนั้นอาจใช้คำถามตรงไปตรงมาได้เลย

4. การดูแลจัดการกับการติดตามและการรบกวนเวลาส่วนตัวผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการดูแลมักจะชอบติดตามผู้ดูแลไปทุก ๆ ที่โดยไม่ยอมห่าง สิ่งนี้อาจจะเป็นการรบกวนผู้ดูแล โดยผู้ดูแลคิดว่าตนเองไม่มีเวลาเลย สถานที่ส่วนตัวการที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย การแก้ไขปัญหานี้ อาจทำได้โดยหาคนที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยผลัดเวรกันดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมบ้าง เพื่อผู้ดูแลหลักจะได้พักผ่อน และมีเวลาเป็นของตนเอง หากป่วยยังมีทำที่วันวายอยู่ไม่สุขแล้ว การได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยกัน เช่น การนับเหรียญ การนับลูกประคำจะช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมให้สงบลงได้

5. การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชที่พบเป็นปัญหา คือ อาการหวาดระแวง อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการซึมเศร้า และอาการก้าวร้าว ซึ่งแต่ละอาการที่เกิดขึ้น ควรมีความเข้าใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ และมีหลักในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น

5.1 การจัดการกับอาการหวาดระแวง เป็นอาการที่พบในผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากจะหวาดระแวงแบบไม่สมเหตุสมผล ทำให้ความผิดปกติของความจำอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน หรือความสับสน

5.2 การจัดการกับอาการซึมเศร้า พบว่า อาการซึมเศร้าพบได้ในภาวะสมองเสื่อมทุกระยะ แต่กลับพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่สนใจตนเองผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงไม่สนใจที่จะขอรับการรักษา ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ข้อมูลรับฟังอย่างใส่ใจและมีอารมณ์คล้อยตามกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมบ้างบางครั้ง เพื่อให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้ว่ามีคนที่รักและห่วงใย

5.3 การจัดการกับอาการก้าวร้าว เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะแสดงอาการก้าวร้าวเกี่ยวกับราคากับผู้ดูแลได้บ่อย ๆ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียใจกลายเป็นเรื่องที่สร้างปัญหาให้กับครอบครัวได้พฤติกรรมบางอย่างของผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะทำให้สมาชิกของครอบครัวที่เป็นวัยรุ่นยอมรับได้ยาก การแสดงความโกรธของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นภาวะสมองเสื่อมมักจะเป็นปฏิกิริยาที่รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย

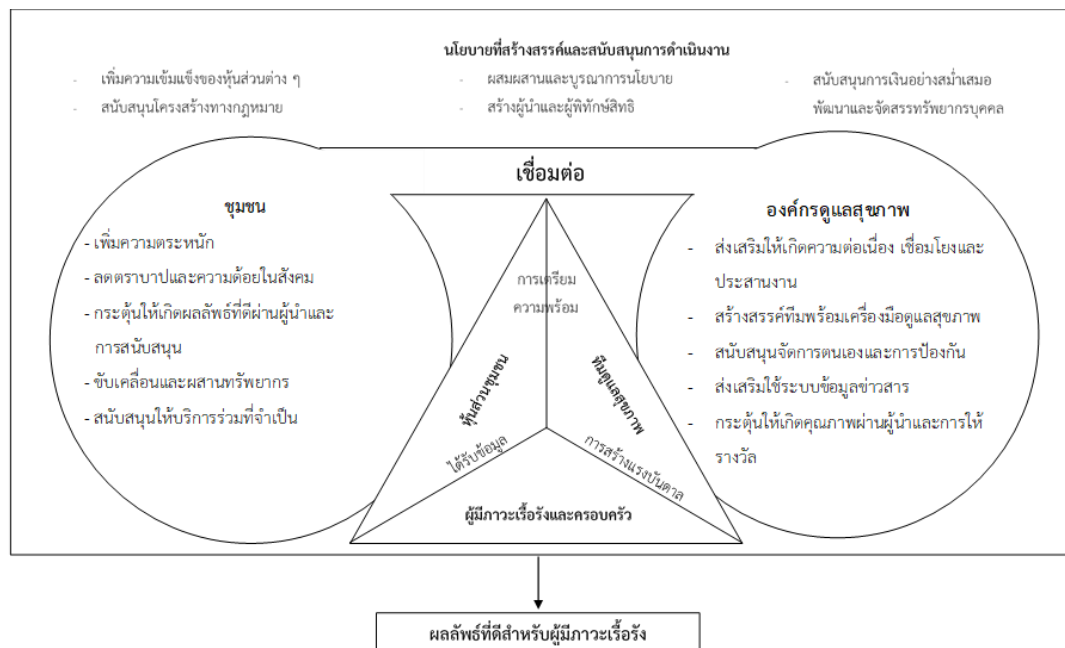
จากข้างต้นสะท้อนว่า การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาวนั้น มีความยาก ซับซ้อนแตกต่างกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ยิ่งเมื่อได้รับการดูแล

สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเท่าไร ก็จะต้องการในการดูแลมากขึ้นเท่านั้น (นันทพร ศรีน้อม, 2560; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ทำให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีความพร้อมอย่างมาก เกินศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน โดยสมาชิกในครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอ หรือเป็นไปได้ด้วยความยาก ตลอดจนเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงต้องการการบูรณาการความร่วมมือและการช่วยเหลือดูแลจากผู้ที่มีความรู้และทักษะที่หลากหลายจากสหสาขาวิชาชีพ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม กล่าวคือ การมีเครือข่ายอื่นในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีการเตรียมการเกี่ยวกับเรื่องนี้ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ โดยหนึ่งในนั้นคือ การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน (Community based long-term care) ที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หรือคนในชุมชนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (The Innovation Care for Chronic Condition (ICCC) Framework) ในการอธิบายบริบทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว ซึ่งกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังเป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยง และการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในโครงสร้าง ซึ่งมีจุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพ เป็นการยกระดับบทบาทของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว และให้ตระหนักว่าเขาสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการจัดการภาวะเรื้อรังด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพ และหุ้นส่วนในชุมชนซึ่งระบบการเชื่อมโยง และการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system) ซึ่งแต่ละระบบจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002)

แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ระดับเล็ก ระดับกลาง และระดับใหญ่ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีความหลากหลาย จากที่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ศึกษา ทบทวนผลการใช้โปรแกรมจากนวัตกรรมนี้มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ คือ การเพิ่มขึ้นของตัวบ่งชี้โรค ลดอัตราการตาย ประหยัดทรัพยากรทางการเงินและการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลตนเอง การเพิ่มขึ้นของความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยรายละเอียดระดับ ต่าง ๆ ของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมีรายละเอียดดังนี้ (WHO, 2002)

1. ระดับเล็ก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่ระบุว่า การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังระยะ ยาวที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม 3 ส่วนสำคัญ ดังนี้
 - 1.1 ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว (Family)
 - 1.2 ทีมดูแลสุขภาพ (Health care team) ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
 - 1.3 หุ้นส่วนชุมชน (Community partner) ได้แก่ ผู้นำ และอาสาสมัครในชุมชน

นั่นคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ญาติ/ ผู้ดูแล หุ้นส่วนในชุมชน รวมถึงทีมดูแลสุขภาพ โดยการปฏิบัติในระดับนี้จะมีความสำเร็จเมื่อเครือข่ายได้รับข้อมูลและ ความรู้ที่เพียงพอ (Informed) การเตรียมความพร้อม (Prepared) และการสร้างแรงบันดาลใจ (Motivated) ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม อาทิ ต้องได้รับการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การรักษา รวมทั้งกลวิธีในการป้องกัน และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น

2. การเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล อาทิ การเตรียมตามบทบาทต่าง ๆ การเตรียมทักษะ การเตรียมทรัพยากร เป็นต้น

3. การได้รับแรงจูงใจ ประกอบด้วย แรงจูงใจภายใน ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยแสดงออกมาในลักษณะ เห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย พอใจ/ ไม่พอใจ หาก อสม. มีทัศนคติเชิงบวก อสม. ก็จะมีแรงจูงใจ ขอมรับและยินดีแสวงหา การปฏิบัติที่ดี จนนำไปสู่ความพร้อมในการดูแล และเช่นเดียวกับแรงจูงใจภายนอก อาทิ การแข่งขัน การร่วมมือ การให้รางวัล การลงโทษ เป็นต้น ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการสร้างแรงจูงใจได้

2. ระดับกลาง ระดับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ หน่วยงานบริการสุขภาพ และชุมชน ดังนี้

2.1 องค์กรดูแลสุขภาพ (Health care organization) เป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับ หน่วยงานชุมชน ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2.2 ชุมชน (Community) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพซึ่งมี

2.2.1 การสร้างความตระหนักและลดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือตราบาปของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง (Raise awareness and reduced stigma) ผู้นำชุมชนต้องมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงการดำเนินการทางด้านการมีที่มีการสนับสนุนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2.2.2 การกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน (Encourage better outcomes through leadership and support) ผู้นำระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ เช่น NGOs และการสนับสนุนจากกลุ่มสตรีเป็นจุดที่จะเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้มีการดูแลภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2.2.3 การขับเคลื่อนละผสมานทรัพยากร (Mobilize and coordinate resources) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ คือ NGOs กลุ่มสนับสนุนชุมชนและกลุ่มสตรี เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการระดมเงินทุน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการคัดกรอง การป้องกัน และการฝึกฝนผู้ทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อจัดการภาวะเรื้อรัง

2.2.4 การสนับสนุนให้บริการร่วมที่จำเป็น สนับสนุนการดูแล (Provide complementary services) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงาน NGOs นานาชาติ มีบทบาท

สำคัญในการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและการบริหารจัดการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการฝึกฝนทักษะการให้การบริการพื้นฐานสำหรับภาวะเรื้อรังหน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกัน เพื่อลดความต้องการการติดตามรักษาและการดูแลที่ไม่จำเป็นในระดับตติยภูมิ

3. ระดับใหญ่ เป็นระดับนโยบาย นโยบายด้านบวกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับหน่วยงาน โดยเฉพาะการดูแลภาวะเรื้อรังให้ได้ดีที่สุด เป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้แนะ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่น ๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่จะเพิ่มความลึก และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบ เป็นหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การส่งเสริมสร้างผู้นำและผู้พิทักษ์สิทธิ (Provide leadership and advocacy)

ผู้ที่มีอำนาจสามารถชักจูงผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลภาวะเรื้อรัง ผู้นำต้องกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชน และองค์กรสุขภาพ ในการจัดการปัญหาเรื้อรัง โดยผู้ที่มีอำนาจสามารถเพิ่มความตระหนักในกลุ่มผู้ที่กำหนดนโยบาย ผู้นำในการดูแลสุขภาพ ชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งกลุ่มเหล่านี้สามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุน เช่น ผู้ที่เป็น โฆษกหรือประชาสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือสามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้

3.2 การผสมผสานบูรณาการนโยบาย (Integrate policies) นโยบายเกี่ยวกับ โรคเรื้อรัง

ค่อนข้างมีน้อยและกระจุกกระจายในระบบสุขภาพ ซึ่งนโยบายมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อตัดการแยกเป็นรายโรคออกไปและให้ความสำคัญกับการจัดการเป็นกลุ่มแทนการจัดการผู้ป่วยแบบเฉพาะราย และจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมกลยุทธ์ และสร้างการเชื่อมโยงที่ชัดเจนไปสู่องค์กรอื่น ๆ ในภาครัฐ และในชุมชน

3.3 การสนับสนุนการเงินอย่างสม่ำเสมอ (Promote consistent financing) การจัดหา

เงินทุนในระบบสุขภาพเป็นกลไกสำคัญจากนโยบายและแผนไปสู่การใช้จ่ายจริง การตัดสินใจทางการเงินต้องอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพที่ช่วยให้เพียงพอต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและครอบคลุมทุกภาคส่วนของประชากร และต้องมีโครงสร้างในการใช้จ่ายเพื่อให้ทรัพยากรนี้สามารถคงอยู่ได้เป็นเวลานาน

3.4 การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรบุคคล (Develop and allocate human resources)

สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีการอบรมผู้ที่ทำงานในการดูแลสุขภาพเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้

เช่น หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล สามารถปรับปรุงเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง

3.5 การสนับสนุนโครงสร้างทางกฎหมาย (Support legislative framework) กฎหมาย กฎระเบียบหรือข้อบังคับสามารถช่วยลดภาวะโรคเรื้อรังได้

3.6 การเพิ่มความเข้มแข็งของหุ้นส่วนต่าง ๆ (Strengthen partnerships) ภายใต้อกรอบกฎหมายความร่วมมือจากภาครัฐมีส่วนต่อภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรัง การเกษตร แรงงาน การศึกษา ขนส่งเป็นส่วนสำคัญที่จะต้องพิจารณาเพราะมีผลต่อภาวะสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งควรมีการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี

การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวตามกรอบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) เป็นการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพทุกภาคส่วนในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีการดำเนินงาน 3 ระดับ คือ ระดับใหญ่ (Macro level) คือ นโยบายและการจัดสรรทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ระดับกลาง (Meso level) คือ ระบบบริการจัดการในสถานบริการสุขภาพและในชุมชนที่มีการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และระดับเล็ก (Micro level) เป็นระดับที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวจะประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อระบบเล็กทำงานมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกับระบบกลางได้ดี

การศึกษานี้เน้นอธิบายบริบทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระบบเล็ก ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว 2) ทีมดูแลสุขภาพ (พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) และ 3) ส่วนชุมชน (อสม.) ซึ่งการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมผู้ทำหน้าที่ดูแลต้องผ่านการเตรียมความพร้อมในการดูแล (นันทพร ศรีนันท, 2560) แต่สถานการณ์ปัจจุบันเครือข่ายต่าง ๆ กลับมีข้อจำกัดในการดูแล อาทิ สมาชิกในครอบครัวมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เวลา และการเงิน ทำให้ดูแลได้ไม่เต็มที่หรือละเลยการดูแล (Prince et al., 2015) หรือทีมสุขภาพเชิงรุกที่มีจำนวนจำกัดและมีภาระงานด้านต่าง ๆ จำนวนมาก (กามัน เจ๊ะอารง และชญาณิกา ศรีวิชัย, 2560) การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป ต้องการระบบการดูแลที่ครบถ้วนเพราะนอกจากต้องดูแลปัญหาด้านร่างกายและสุขภาพแล้ว ยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกด้วย จึงต้องการระบบการดูแลที่อาศัยการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) มากขึ้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระของสมาชิกในครอบครัวและเอื้อต่อการทำงานของพยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้หุ้นส่วนชุมชนเข้ามาทำหน้าที่ดูแลเพิ่มมากขึ้น

โดยประเทศไทยได้มีมาตรการส่งเสริมให้ทีมหุ่นส่วนอย่าง อสม. เข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมการดูแลมากขึ้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

อสม. กับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว

คำจำกัดความของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จึงถือเป็นหุ่นส่วนชุมชนที่เป็นทรัพยากรทางสาธารณสุขที่สำคัญในระบบการดูแลระยะยาว

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2559) ได้กำหนดความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ บุคคลที่ได้รับ การคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้าน ต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตาม ขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ ฟันฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

การศึกษานี้ให้คำจำกัดความของ อสม. ว่า หมายถึง บุคคลที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ขณะเดียวกันยังทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ และนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุข จึงเปรียบเสมือน ผู้แทนของชุมชนที่ทำหน้าที่ในบทบาทอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง ไปด้วย

บทบาท อสม. กับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว

สำหรับบทบาทของ อสม. ในกิจกรรมงานการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมยังไม่มียบทบาท โดยเฉพาะ แต่จากความรุนแรงและสภาวะของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นสาเหตุของการเกิด

ความพิการ ผู้วิจัยจึงเทียบเคียงบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกับการดูแลคนพิการ ชุมชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทการดูแลและฟื้นฟู คนพิการ 6 ด้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ดังนี้

1. บทบาทด้านการสำรวจ ค้นหา และประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพเป็น บทบาทแรกของการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อที่จะหาข้อมูลข้อเท็จจริงของสภาพปัญหา โดยใช้ องค์ความรู้มาวิเคราะห์ปัญหาของแบบองค์รวม ทางด้านระบบนิเวศน์ หรือภาวะแวดล้อม รวมทั้ง เศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัว เป็นต้น

2. บทบาทด้านการจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียน พร้อมทั้งบ่งระดับความรุนแรง และความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการ เพื่อนำไปวางแผนการฟื้นฟู สมรรถภาพได้ อย่างครบถ้วน ตามความจำเป็นทางร่างกายของแต่ละคนในชุมชน

3. บทบาทด้านการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพและประสานงานในการส่งต่อ เป็นกระบวนการในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันในการดำเนินการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน รวมทั้งประสานหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการช่วยเหลือ ด้านอื่น ๆ ที่พึงได้รับ เช่น มีการประสานงานกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงาน ส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการขึ้นทะเบียน การได้รับคำครองชีพการดำเนินการซ่อมแซมบ้าน การประกอบอาชีพและการศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น

4. บทบาทด้านการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก โดยการเยี่ยมบ้านลงไปทำหน้าที่ ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีภารกิจ 4 ด้าน ดังนี้

4.1 การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย โดยการใช้กิจกรรมสุขภาพ 8 อ. คือ 1) อิริยาบถ คือ การออกกำลังกายเคลื่อนไหวตนเอง 2) อาหาร คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 3) อากาศ คือ การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ 4) อโรคยา คือ การไร้โรค การรักษาด้วยสมุนไพร 5) อาจิม คือ การขยับถ่าย 6) อุเบกขา คือ การวางเฉยด้วยการฝึกสมาธิ 7) อุดมปัญญา คือ การฝึกคิด วางแผน 8) อาชีพ คือ การประกอบอาชีพ

4.2 การฟื้นฟูทางจิตใจ ด้วยการให้กำลังใจ เพิ่มศักยภาพในการจัดการความเครียด ให้แก่คนพิการ เป็นเพื่อน ไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว และเกิดภาวะซึมเศร้า

4.3 การฟื้นฟูทางด้านสังคม โดย อสม. จะให้คนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน ตามงานประเพณีต่าง ๆ ในชุมชน เช่น งานบุญในชุมชน งานโรงเรียน ให้ร่วมสันตนาการ ตามความเหมาะสม และความสามารถของตนเอง

5. บทบาทด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน โดยการติดตาม เยี่ยมบ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านสำหรับคนพิการนั้นจะปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน รวมทั้งการสร้างควมมี

ส่วนร่วมของคนพิการ และครอบครัวให้สามารถดูแลได้ เช่น การส่งเสริมให้มีการสร้างและการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยอย่างง่าย เป็นการประยุกต์อุปกรณ์เครื่องช่วยในกิจวัตรประจำวันของคนพิการ หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในบ้าน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการใช้อุปกรณ์เสริม หรืออุปกรณ์ช่วยฝึกยืน โดยดัดแปลงวัสดุภายในบ้านที่สามารถทำขึ้นเองได้

6. บทบาทด้านการประเมินผลการดำเนินงานเป็นการติดตามการดำเนินงานและการนำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ถึง ผลดีผลเสียของการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำมาปรับปรุงในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้นต่อไป

เมื่อพิจารณาบทบาทของ อสม. ช่างค้นสามารถสรุปเป็นบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว มีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

1. บทบาทด้านการสำรวจ ค้นหา และประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและประเมินปัญหาสุขภาพผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวมของ อสม. ในการให้ข้อมูลแก่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เพื่อให้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด และฝึกให้รับรู้ว่าเป็นใครอยู่ที่ไหนรู้วัน เวลา สถานที่ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2. บทบาทด้านการจัดทำฐานข้อมูล หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียนของ อสม. ในการตรวจวัดหาระดับความรุนแรง ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม คือ ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับระดับปานกลาง และระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง เป็นต้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อนำไปวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างครบถ้วนตามความจำเป็นทางร่างกายในแต่ละคน

3. บทบาทด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรายบุคคล หมายถึง การทำแผนการช่วยของ อสม. ในการกำหนดกิจวัตรประจำวันร่วมกันกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักที่บ้าน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูด ผู้ดูแลอาจมีการทำแผนการดูแล เพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น

4. บทบาทด้านการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก หมายถึง การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกของ อสม. โดยการเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม และช่วยเหลือในเรื่องสุขศึกษาแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

5. บทบาทด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การส่งเสริมการดูแลของ อสม. ในเรื่องของความไว้วางใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเช่นนี้อาจ เนื่องจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย ดังนั้น บทบาทอย่างหนึ่งของ อสม. คือ การแก้ไข

ปัญหาโดยการหาคนที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยปลัดเวรกัน ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้พักผ่อนและมีเวลาเป็นของตนเอง

6. บทบาทด้านการประเมินผลการดูแล หมายถึง การประเมินผลความก้าวหน้า

ในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ผู้ดูแลหลักที่บ้านสามารถดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพ ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม หรือไม่ อย่างไร เพื่อให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน ไม่สามารถปฏิบัติได้

การศึกษานี้ สรุปได้ว่า อสม. จึงเป็นกลุ่มคนที่สำคัญอย่างมากต่อการดูแล ไม่ให้เกิด การเจ็บป่วย การทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตและได้รับสิทธิเข้าถึงบริการ และ อสม. ยังเป็นภาคประชาชนเพียงกลุ่มเดียวที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของ หน่วยงานบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง (พิมพ์พรรณ เรืองพุช และวรัญญา จิตบรรทัด, 2556) ซึ่งผู้มีภาวะ สมองเสื่อมเป็นกลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จึงต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเหมือนกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีภาวะ ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย รวมทั้งมีภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย ดังนั้น ผู้มีภาวะ สมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพากลุ่มอื่นเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ทั้งให้การช่วยเหลือครอบครัวดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว โดยการให้บริการที่คำนึงถึงมิติ ความเป็นมนุษย์ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะคำนึงถึง ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา วิถีชีวิตแบบผสมผสาน ทำให้ประชาชนเข้าถึง บริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง จิตอาสา พลังใจเย็บ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน ในการป้องกันหรือลดปัญหา ที่จะเกิดขึ้นได้โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมด้วย จากการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อมนั้นจึงมีบทบาทที่สำคัญต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก เพราะเป็นทั้งผู้ดูแลแทน ผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้ฟื้นฟูสภาพผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพในสังคมหรือตามบริบท ที่เกิดขึ้น หรือบทบาทความเป็นผู้นำชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดบทบาท ที่หลากหลายจนกลายเป็น ความผูกพันที่สำคัญในสิ่งที่เกิดขึ้น อีกทั้ง อสม. เปรียบเหมือนบุคคลในชุมชนที่จะเข้ามา มี บทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งการดูแลนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น การดูแล แบบส่งเสริม สนับสนุน การดูแลบางส่วน หรือบางครั้งจำเป็นต้องดูแลแทนทั้งหมดในกรณีที่ทำเป็น แนวความคิดกับความพร้อมของบุคคล ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสามารถในการดูแลบุคคลอื่น ตามทฤษฎี เมื่อบุคคลมีความพร้อมจะสามารถปฏิบัติบทบาทตนเองนำไปสู่การตอบสนองการดูแล

ผู้อื่นได้ ความพร้อมจึงถือเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ซึ่งการที่ อสม. จะสามารถให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของอสม. ที่จะทำหน้าที่ปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

คำจำกัดของความพร้อมในการดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดและความสำคัญของความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. มีนักวิชาการได้ให้คำจำกัดที่มีการกล่าวถึงความสำคัญของความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของ อสม. ไว้ดังนี้

ประกอบพร ทิมทอง (2551) กล่าวว่า ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเป็นสภาวะของบุคคลที่มีลักษณะทางวุฒิภาวะที่จะตกลงใจที่จะเรียนรู้ฝึกฝนร่วมกับประสบการณ์ของผู้เรียน มีแรงจูงใจและปรารถนาที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล

จันทร์ศรี ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ตุลาทอง (2551) ความพร้อมในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่จะแสดงถึงการรับรู้ของผู้ดูแล ที่จะปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

Fenwick (1979) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นความสมดุลระหว่างความสามารถ ข้อจำกัดของกระบวนการนึกคิด อารมณ์ และจิตใจ การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตสังคม ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต

Schaefer, Anderson, and Simms (1990) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่จะกลับไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Archbold (1992) ให้ความหมายของความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลว่า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อตนเอง ว่าเตรียมตัวเตรียมใจได้ดีมากน้อยเพียงใด ในการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล รวมไปถึงการรับมือกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

Weiss and Piacentine (2006) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการตัดสินใจ หรือการรับรู้สภาพผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งแบ่งประเภทความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 4 ด้าน

คือ ด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา และด้านความคาดหวัง ในการได้รับความช่วยเหลือ

การศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า ความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง บทบาทการดูแลที่ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนมีความสนใจเอาใจใส่ต่อเรื่องการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการแสดงถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานและผู้อำนวยความสะดวกที่สำคัญความพร้อมของ อสม.ในการปฏิบัติหน้าที่ตาม

องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมที่สืบเนื่องจากบทบาท อสม. กับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะยาวดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมของ อสม. 6 ด้าน (ภิญญา จำปาศรี, 2560) ดังนี้

1. ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ หมายถึง ประเมินแบบองค์รวม จากปัญหาความต้องการที่มีการค้นหาและประเมินปัญหาด้านสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ครอบครัวและผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจากการรับข้อมูล ความต้องการด้านสุขภาพของ อสม. เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการรับรู้ความเป็นของตนเองและ มีการรู้จักตนเองมากที่สุด

2. ด้านการจัดทำฐานข้อมูล หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียน พร้อมทั้งบ่งบอก ระดับความรุนแรงของผู้มีภาวะสมองเสื่อม คือ ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับระดับปานกลาง และ ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง เป็นต้น ซึ่งจะมีการแบ่งกลุ่มของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของแต่ละบุคคล เพื่อที่จะนำข้อมูลไปพัฒนาและส่งเสริมแผนการดูแลให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างครบถ้วนตามความจำเป็นทางร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรายบุคคล หมายถึง การช่วยกำหนดกิจวัตรประจำวันต่างๆ ร่วมกันกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักที่บ้าน การดูแล ช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษาเป็นการเตรียมความพร้อมในการสื่อสารกัน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูด ผู้ดูแลอาจใช้การดูแล และประสานงาน และส่งต่อให้กับ อสม. เพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น

4. ด้านการดูแลเชิงรุก หมายถึง การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก โดยการเยี่ยมบ้าน ผู้มีภาวะสมองเสื่อม และมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของสุขภาพแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเกี่ยวกับ สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

5. ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือของการเตรียมความพร้อมในการดูแลและจากคนที่ไว้ใจในการดูแลและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของคนใกล้ชิด เพื่อให้มีความรู้สึกลดอคถ์ ดังนั้น บทบาทอย่างหนึ่งของ อสม. คือ การแก้ไขปัญหาโดยการหาคนที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยผลัดเวรกันดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้พักผ่อนและมีเวลาเป็นของตนเอง

6. ด้านการประเมินผลการดูแล หมายถึง การประเมินผลของความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมจากความก้าวหน้าในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. เช่น มีการให้เตรียมความพร้อมกับผู้ดูแลหลักที่บ้านสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ และให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลหลักที่บ้านไม่สามารถปฏิบัติกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้

สรุปได้ว่า ความพร้อมในการดูแล คือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของตนเองว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแก่ผู้ป่วยในบทบาทต่าง ๆ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ด้านการจัดทำฐานข้อมูล ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ด้านการดูแลเชิงรุก ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และด้านการประเมินผลการดูแล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. พบว่า ความพร้อมในการดูแล ยังมีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ไม่หลากหลายมากนัก ทำให้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) มาช่วยในการกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหากแต่มีปัจจัยหลายประการแต่ผู้วิจัยนำปัจจัยที่เหมาะสมกับบริบทของ อสม. มาศึกษาเท่านั้น โดยเน้นศึกษากรอบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในระดับเล็กที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทของตนเอง 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) การได้รับข้อมูลที่สำคัญ คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 3) การเตรียมการ คือ การรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 4) การสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การมีแรงจูงใจภายในนั่นคือ ทศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการมีแรงจูงใจภายนอก นั่นคือ การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เพื่อสร้างความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม รายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่า มีภาวะสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด (จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2554) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพสะท้อนความตระหนัก ความวิตกกังวล และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ และในการปฏิบัติกิจกรรมในอนาคต ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจากสิ่งแวดล้อมที่ดีก็มักเข้าใจว่า ตนเองมีร่างกายแข็งแรงและสามารถต้านทานโรคได้ จึงไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและเกิดความคาดหวัง แล้วถ้าเกิดมีสุขภาพที่ดีในระดับมากก็ทำให้การรับรู้สุขภาพบุคคล มีความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทตามด้วย เช่นเดียวกัน หาก อสม. มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจากการไม่มีความวิตกกังวล หรือความเครียดในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ก็จะทำให้มีความพร้อมในการดูแลได้ดีเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เพ็ญวิสาข์ เจริญอุดมกร (2555) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชยตรา สุทธิลักษณ์ (2560) ก็พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$) จากข้อความข้างต้น การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความรู้ เป็นความเข้าใจของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดการเรียนรู้ที่ได้รับการเตรียมมาก่อน และนำไปสู่การกระทำ (นิชชาธิ์ พิริยจรัสชัย, 2560) ซึ่งผู้ที่ได้รับการเตรียมข้อมูลข่าวสารจนมีความรู้ในระดับสูงจะเกิดความเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/ สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/ สิ่งใดไม่ควรทำ จึงส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติ การนำไปใช้ และส่งผลทำให้นำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทได้เหมาะสม (พรชูลิ จันทร์แก้ว, 2553; ภิญญา จำปาศรี, 2560; นิชชาธิ์ พิริยจรัสชัย, 2560) เช่นเดียวกัน หาก อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงหรือชำนาญ เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ตระหนักถึงความผิดปกติ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนการดูแลก็จะ ทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา แม้นพยัคฆ์ (2541) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการให้คำปรึกษา แนะนำโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .01$) และจากการศึกษาของ พรพรรณ พรหมทัต (2554) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .319, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิซซารีห์ พิริยร์สซัย (2560) ก็พบว่า ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .256, p < .01$) จากข้างต้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การรับรู้บทบาท เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความคาดหวังในตำแหน่งหน้าที่ภายใต้การจรรยาบรรณของสังคมว่ามีมากน้อยเพียงใด (นิตยา ปินดาวงค์, 2559) ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้บทบาทในระดับมากมักจะยอมรับและเข้าใจว่า ตนเองมีหน้าที่ความรับผิดชอบและดูแลงานส่วนใดบ้าง แล้วจะสามารถแสวงหาแนวทางพัฒนาตนเองได้อย่างไร จากการปฏิบัติงานตามหน้าที่นั้น ๆ จนทำให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทได้อย่างเหมาะสมกับงาน เช่นเดียวกันหาก อสม. มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับมากก็ย่อมที่จะเข้าใจและสามารถยอมรับในการปฏิบัติดูแล การศึกษาข้อมูลจากการแสวงหาแนวทางในการพัฒนาตนเอง จนทำให้ อสม. มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบมากขึ้น (คณิต หนูพลอย, 2553; นางคราญ สมฤทธิ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิญญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความพร้อมการรับรู้บทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .57$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า การรับรู้บทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา เพียรพนัสสัถ และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต (2560) ก็พบว่า การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .01$) จากข้างต้น การรับรู้บทบาทการดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลที่ให้ความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะเห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย พอใจ/ ไม่พอใจ (นิตยา ปินดาวงค์, 2559) ซึ่งบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกจะเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลจากความรู้สึกต้องการ หรือความรู้สึกที่ขาดหายไป เพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกอยากจะปฏิบัติดูแลให้บรรลุเป้าหมาย จึงมีแนวโน้มทำให้

บุคคลได้มีการพัฒนาตนเองจนนำไปสู่ความพร้อมที่ดีและสามารถเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน หาก อสม. ทักษะที่ดีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมจากเกิดแรงจูงใจภายในเชิงบวกที่มีการกระตุ้นจากความรู้สึกรักนึกคิดของ อสม. ก็จะยอมรับและเข้าใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งการกระตุ้นจากความรู้สึกรักที่จะแสวงหาแนวทางการพัฒนาตนเอง จนเกิดความพร้อมในการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของ สุมิตรา ชูแก้ว (2557) ที่พบว่า ทักษะดีของพยาบาลการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา พรหมน้อย (2558) ที่พบว่า ปัจจัยด้านทักษะดีของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$) จากข้างต้น ทักษะดีต่อการดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท

การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เป็นการรับรู้หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อความช่วยเหลือจากภายนอก (จิรภา เพียรพนัสศักดิ์ และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต, 2560) ซึ่งบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติจากคนรอบข้าง เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือด้านทรัพยากรมากน้อยเพียงใด ก็จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายนอกที่ค้ำจุนและผลักดันให้เกิดความรู้สึกรักที่จะปฏิบัติและพัฒนาตนเอง การรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี จนเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท และนำไปสู่ความพร้อม ในการดูแลได้เป็นอย่างดี (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน หาก อสม. ได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านทรัพยากร ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ก็จะทำให้ อสม. เกิดแรงผลักดันในการต่อสู้กับความยากลำบาก หรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล และการหาวิธีรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี จนนำไปสู่ความพร้อมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65, p < .01$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิญญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($\beta = .38$) จากข้างต้น การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพร้อมในการดูแล การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดได้ประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดบางส่วนของนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเรื้อรัง เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 3) ปัจจัยด้านการเตรียมการ คือ การรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ การมีแรงจูงใจภายใน คือ ทศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมและการมีแรงจูงใจภายนอก คือ การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทเพื่อประโยชน์ในการวางแผนมาตรการและนโยบายในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. จังหวัดชลบุรี โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ของกระทรวงสาธารณสุข และยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 10,432 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 20-59 ปี
2. ปฏิบัติงานเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เพียงพอต่อการใช้สถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผู้วิจัยคำนึงถึงควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และเนื่องจากยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ที่คล้ายคลึงมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระหว่างขนาดเล็กและขนาดกลาง คือ .20 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลของงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2012) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Polit & Beck, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 194 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน

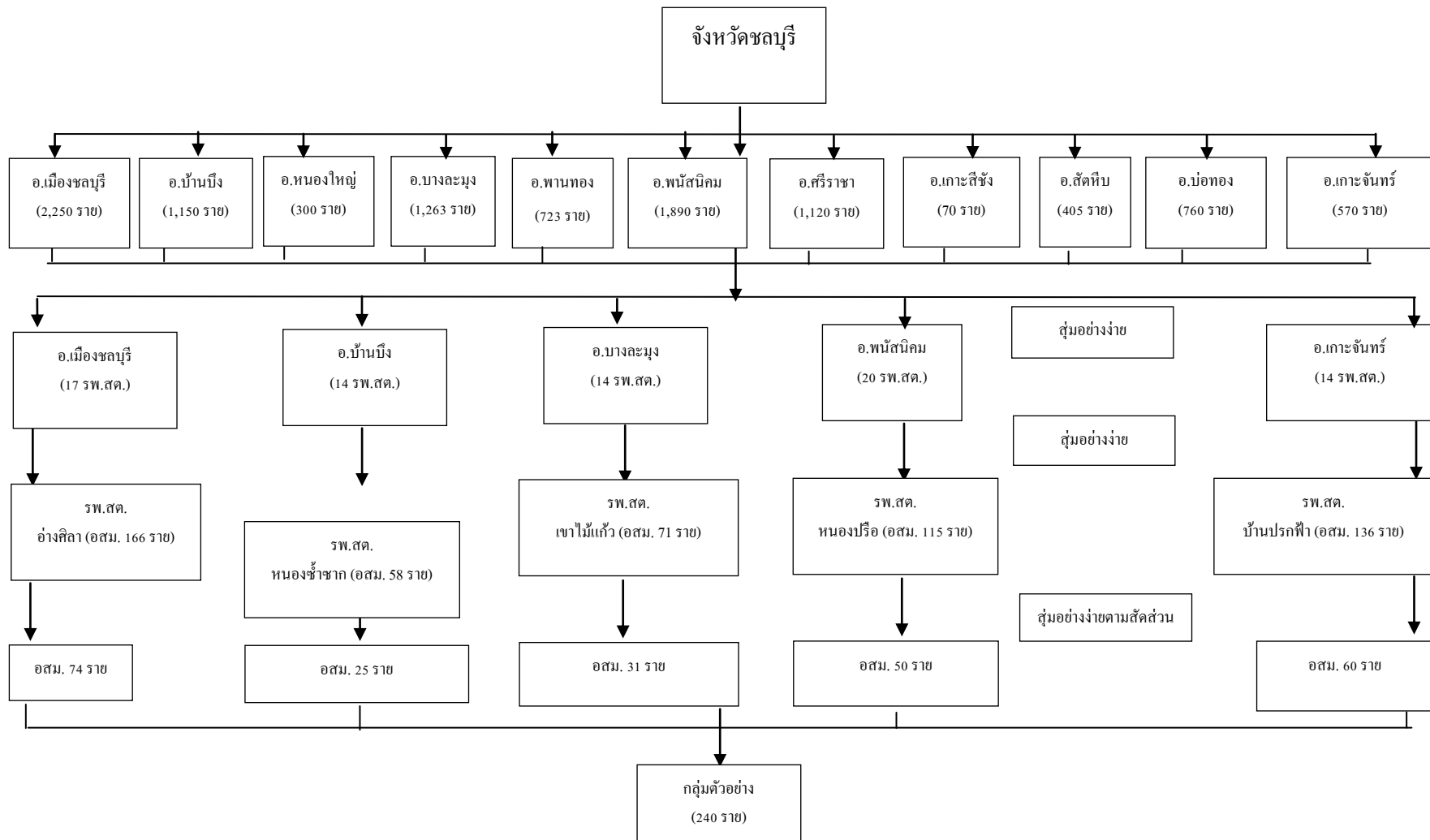
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรที่ดีจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่างในจังหวัดชลบุรีมีอำเภอ 10 อำเภอ ยกเว้นอำเภอเกาะสีชัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบ้านบึง อำเภอหนองใหญ่ อำเภอบางละมุง อำเภอพานทอง อำเภอพนัสนิคม อำเภอศรีราชา อำเภอเกาะสีชัง อำเภอสัตหีบ อำเภอบ่อทอง อำเภอเกาะจันทร์ เนื่องจากแต่ละอำเภอมีการกระจายของผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะของการปฏิบัติงาน และรูปแบบการจัดบริการกฏระเบียบในพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่ออำเภอ ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมดได้ 5 อำเภอตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบ้านบึง อำเภอบางละมุง อำเภอพนัสนิคม และอำเภอเกาะจันทร์

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพสต. ตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รับผิดชอบดูแล อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากแต่ละ รพ.สต. มีการดำเนินงานเกี่ยวกับ อสม. เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกับการกระจายของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการจัดการดูแลที่คล้ายคลึงกัน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2561) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่อ รพ.สต. ของแต่ละอำเภอตัวอย่าง จนได้ รพ.สต. ตัวอย่าง 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต. อ่างศิลา (อำเภอเมืองชลบุรี) รพ.สต. หนองซ้าซาก (อำเภอบ้านบึง) รพ.สต. เขาไม้แก้ว (อำเภอบางละมุง) รพ.สต. หนองปรือ (อำเภอพนัสนิคม) และรพ.สต. บ้านปรกฟ้า (อำเภอเกาะจันทร์)

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่ม อสม. ตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานงานพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน อสม. พิจารณาคุณสมบัติของ อสม. จากทะเบียน อสม. ของแต่ละ รพ.สต. ตัวอย่าง หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากตามสัดส่วน 5 รพ.สต. ตัวอย่าง โดยคำนวณสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละ รพ.สต. (ดังตารางที่ 1) และประสานกลุ่ม อสม. ตัวอย่าง เพื่อถามความสมัครใจในเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล อสม. ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 240 ราย (ดังภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	รพ.สต.	จำนวน อสม. (ราย)	ขนาดตัวอย่าง (ราย)
เมืองชลบุรี	อ่างศิลา	166	74
บ้านบึง	หนองขี้ซาก	58	25
บางละมุง	เขาไม้แก้ว	71	31
พนัสนิคม	หนองปรือ	115	50
เกาะจันทร์	บ้านปรกฟ้า	136	60
รวม		546	240

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มีรายละเอียดประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบเติมข้อความและแบบตรวจสอบรายการ
2. ข้อมูลบริบทการทำงานเป็น อสม. ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสม. ประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นแบบเติมข้อความและแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ
เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผู้วิจัยใช้มาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพชนิดตัวเลข (Numeric rating scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งช่องเท่า ๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 คะแนน ซึ่งแสดงค่าต่อเนื่องของการรับรู้เป็นตัวเลข โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงระดับเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุดจากปลายด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองว่าไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย ทั้งนี้ระดับ การรับรู้สุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามคะแนน ไปทางด้านขวาของแบบวัด ซึ่งปลายด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองว่าแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม

การแปลผลถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองดีเยี่ยม ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่า มีการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองต่ำแสดงว่า ไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน แบ่งช่วงคะแนน ได้แก่ ช่วง 1-3 คะแนน คือ การรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับน้อย ช่วง 4-6 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และช่วง 7-10 คะแนน คือ ระดับมาก

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นแบบทดสอบที่ใช้ในการประเมินความเข้าใจของ อสม. เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ การตอบแบบทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน การแปลผล ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมดี ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณนาความรู้ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง อสม. มีความรู้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 หมายถึง อสม. มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง อสม. มีความรู้ในระดับสูง

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ บุญพา ฌ นคร (2555) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของ ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 การตอบแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

4 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็น อสม. มากที่สุด

3 คะแนน = มาก หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็น อสม. มาก

2 คะแนน = น้อย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็น อสม. น้อย

1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็น อสม. น้อยที่สุด

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง อสม. มีทัศนคติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแล
ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง อสม. มีทัศนคติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแล
ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง อสม. มีทัศนคติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแล
ในระดับดี

4. แบบสอบถามการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินผล การตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	อสม. มีความคิดเห็นตรงกับข้อความ ในประโยคนั้นอย่างยิ่ง
4 คะแนน = เห็นด้วย	หมายถึง	อสม. มีความคิดเห็นตรงกับข้อความ ในประโยคนั้น
3 คะแนน = ไม่แน่ใจ	หมายถึง	อสม. มีความคิดเห็นตรงกับข้อความ ในประโยคนั้นบางส่วน
2 คะแนน = ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	อสม. มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความ ในประโยคนั้น
1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	อสม. มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความ ในประโยคนั้นอย่างยิ่ง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนสูงแสดงว่า
กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทที่ดี ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น
3 ระดับ (Best & Khan, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนระดับมาก

5. แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของ ภิญญา จำปาศรี (2560) โดยผู้วิจัยมีการปรับใช้เพื่อให้เข้ากับบริบทการศึกษาในครั้งนี้ มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด ได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อครอบคลุมบทบาท 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ จำนวน 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล การตอบแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุด มีคำตอบให้เลือกแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง รับรู้น้อย และไม่รับรู้เลย

4 = รับรู้มาก หมายถึง อสม. มีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นมากที่สุด

3 = รับรู้ปานกลาง หมายถึง อสม. มีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นมาก

2 = รับรู้น้อย หมายถึง อสม. มีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นน้อย

1 = ไม่รับรู้เลย หมายถึง อสม. มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง อสม. มีการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง อสม. มีมีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง อสม. มีมีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นแบบประเมินการรับรู้ของ อสม. ถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของ ภริญา จำปาศรี (2560) โดยผู้วิจัยมีการปรับใช้เพื่อให้เข้ากับบริบทการศึกษาในครั้งนี้ มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด ได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล การตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นมากที่สุดมีคำตอบให้เลือกแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พร้อมมากที่สุด พร้อมมาก พร้อมปานกลาง พร้อมน้อย และไม่พร้อมเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 = พร้อมมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้น อสม. รับรู้ที่สามารถปฏิบัติมากที่สุด
4 = พร้อมมาก	หมายถึง	ข้อความนั้น อสม. รับรู้ที่สามารถปฏิบัติมาก
3 = พร้อมปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้น อสม. รับรู้ที่สามารถปฏิบัติปานกลาง
2 = พร้อมน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้น อสม. รับรู้ที่สามารถปฏิบัติน้อย
1 = ไม่พร้อมเลย	หมายถึง	ข้อความนั้น อสม. รับรู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีความพร้อมเกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 5 ระดับ (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2560) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง	อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง	อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง	อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง	อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง	อสม. ไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง (Validity) เพื่อให้ได้สาระตรงกับสิ่งที่ต้องการ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเรียบร้อย ความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม

อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช อาจารย์พยาบาลสาขาชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำมาคำนวณค่าความตรงเนื้อหา พบว่า ทุกเครื่องมือมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังตารางที่ 2

2. การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการดูแล แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่ม อสม. ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่ง (อำเภอบางละมุง) จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป (จุฬาลักษณ์ บาร์มี, 2551) ส่วนแบบสอบถามความรู้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .63 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือทดลองใช้ ($n = 30$)

รายการแบบสอบถาม	ค่าความตรงเนื้อหา	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ($n = 30$)
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	.93	.63*
ทัศนคติต่อการดูแล	-	.72
การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท	.96	.93
การรับรู้บทบาทการดูแลผู้	.99	.92
ความพร้อมในการดูแล	.98	.97

*KR-20

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 3 เดือน (พฤศจิกายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563) ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย อนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-10-2562
2. หลังจากเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจัดทำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูล ซึ่งออกโดยคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่สุ่มได้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำจดหมายจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพข้างต้น แล้วผู้วิจัยเข้าพบชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำวิทยานิพนธ์ การเก็บข้อมูลตามวันและเวลา อนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล อสม. ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์
4. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้างต้น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนรายละเอียดของแบบสอบถาม ขอความร่วมมือทำการสุ่มอสม. ตัวอย่าง ของแต่ละรพ.สต. รวมทั้งประสานงานภายในชุมชนและการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เบื้องต้นเกี่ยวกับช่วงวัน-เวลาที่สะดวก ซึ่งตรงกับวันการประชุมสามัญประจำเดือน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายหลังการประชุม
5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงเริ่มทำแบบสอบถาม
6. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามที่ใส่ซองสีน้ำตาลให้กับกลุ่มตัวอย่างให้แต่ละคนทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ชี้แจงส่วนประกอบและรายละเอียดของแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที เมื่อทำเสร็จแล้วนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกคืนให้ผู้วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ในครั้งเดียว
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดซึ่งแบบสอบถามที่ได้มีความสมบูรณ์ทั้งหมด ร้อยละ 100 แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใดสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลงานวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และการทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ค่าเฉลี่ยภาพรวม (Adjusted mean, M_{adj}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (Median, Med) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range, IQR) ของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความพร้อมและปัจจัยต่าง

2. สถิติวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. จังหวัดชลบุรี ใช้สถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้ใช้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์โดยแปลความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

ค่า $r = > .70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า $r = \pm .30-.70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า $r < .30$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

เครื่องหมาย + หรือ - แสดงถึงความสัมพันธ์ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลด

ตามกัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลด

ตรงข้ามกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชลบุรีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 240 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยนำเสนอผลเป็นแบบบรรยายประกอบตาราง 4 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง
2. ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
4. ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และ 2) ข้อมูลบริบทการทำงานของอสม. ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ($M = 50.41, SD = 7.94$) โดยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี (ร้อยละ 79.2) โดยประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47.9) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (ร้อยละ 17.9) ทั้งนี้ ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 37.9) รองลงมา คือ ทำไร่/ ทำสวน (ร้อยละ 26.3) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

2. ข้อมูลบริบทการทำงาน อสม.

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานของ อสม. ระหว่าง 1-39 ปี ($Me = 10, IQR = 12$) โดยมากกว่าครึ่งปฏิบัติงานมาแล้ว 1-10 ปี (ร้อยละ 57.0) ที่เหลือปฏิบัติงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 32.2) และ 21 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ (ร้อยละ 90.0) และไม่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน (ร้อยละ 93.3) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 240$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-44 ปี (ผู้ใหญ่ตอนต้น)	50	20.8
45-59 ปี (ผู้ใหญ่ตอนปลาย)	190	79.2
(Min = 20, Max = 59, Med = 53, IQR = 12)		
เพศ		
หญิง	183	76.2
ชาย	57	23.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา (อ่านออกเขียนได้)	3	1.3
ประถมศึกษา	115	47.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	16.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	43	17.9
อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.	17	7.1
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	23	9.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	6.7
รับจ้าง	91	37.9
ทำไร่/ ทำสวน	63	26.3
ค้าขาย	56	23.3
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	14	5.8
ประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม		
ไม่เคย	216	90.0
เคย	24	10.0
การอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม		
ไม่เคย	224	93.3
เคย	16	6.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
น้อยกว่า 5 ปี	68	28.3
6-10 ปี	69	28.7
11-15 ปี	63	26.4
15-20 ปี	14	5.8
21 ปี ขึ้นไป	26	10.8
(Min = 1, Max = 39, Med = 10, IQR = 12)		

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ทักษะต่อการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท และการรับรู้บทบาทการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 7.45$, $SD = 1.70$) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.8) และระดับน้อย (ร้อยละ 0.8)

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 8.71$, $SD = 1.54$) โดยมากกว่าครึ่งมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 32.0) และระดับสูง (ร้อยละ 18.0) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ความรู้ทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนมากกว่าความรู้ด้านการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ($M = 4.70$, $SD = 1.01$, $M = 4.68$, $SD = 1.02$ ตามลำดับ)

3. ทักษะต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 27.79$, $SD = 3.89$, $M_{adj} = 2.78$) โดยส่วนใหญ่มีทักษะต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.1) ที่เหลือเป็นระดับดี (ร้อยละ 19.6) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 3.3)

4. การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 39.83, SD = 5.53, M_{adj} = 3.98$) โดยส่วนใหญ่หรือประมาณ 3 ใน 4 ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75.0) ที่เหลือเป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.7) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 1.3) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การได้รับการสนับสนุนทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 12.18, SD = 2.12, M_{adj} = 4.06$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินผล ($M = 8.07, SD = 1.45, M_{adj} = 4.04$) ด้านอารมณ์ ($M = 7.90, SD = 1.45, M_{adj} = 3.95$) และด้านทรัพยากร ($M = 11.68, SD = 1.89, M_{adj} = 3.89$)

5. การรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 60.47, SD = 9.73, M_{adj} = 3.02$) โดยส่วนใหญ่หรือมากกว่า 3 ใน 4 มีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.7) ที่เหลือเป็นระดับน้อย (ร้อยละ 6.7) และระดับมาก (ร้อยละ 6.7) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้บทบาททุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ การรับรู้ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ($M = 12.68, SD = 2.59, M_{adj} = 3.17$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินผล ($M = 12.40, SD = 2.57, M_{adj} = 3.10$) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ($M = 9.09, SD = 1.74, M_{adj} = 3.03$) ด้านการดูแลเชิงรุก ($M = 12.05, SD = 2.34, M_{adj} = 3.01$) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการ ($M = 8.80, SD = 1.77, M_{adj} = 2.93$) และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ($M = 5.41, SD = 1.22, M_{adj} = 2.71$)

ตารางที่ 4 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และการแปลผลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมและรายด้าน ($n = 240$)

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยปรับฐาน*	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0-10	2-10	7.45	1.70	-	มาก
ความรู้	0-12	5-12	8.71	1.54	-	ปานกลาง
1. ภาวะสมองเสื่อม	0-6	1-6	4.70	1.01	-	ปานกลาง
2. การดูแลผู้สูงอายุ	0-6	1-6	4.68	1.02	-	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการดูแล	10-40	17-40	27.79	3.89	2.77	ปานกลาง
การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท	10-50	17-50	39.83	5.53	3.98	มาก
1. อารมณ์	2-10	4-10	7.90	1.45	3.95	มาก
2. ข้อมูลข่าวสาร	3-15	6-15	12.18	2.12	4.06	มาก
3. ทรัพยากร	3-15	4-15	11.68	1.89	3.89	มาก
4. การประเมินผล	2-10	2-10	8.07	1.45	4.04	มาก
การรับรู้บทบาทการดูแล	20-80	22-80	60.47	9.73	3.02	มาก
1. การประเมินความต้องการ	3-12	4-12	8.80	1.77	2.93	ปานกลาง
2. การจัดทำฐานข้อมูล	2-8	2-8	5.41	1.22	2.71	ปานกลาง
3. การจัดทำแผน	3-12	3-12	9.09	1.74	3.03	มาก
4. การดูแลเชิงรุก	4-16	4-16	12.05	2.34	3.01	มาก
5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วม	4-16	4-16	12.68	2.59	3.17	มาก
6. การประเมินผล	4-16	4-16	12.40	2.57	3.10	มาก

*ค่าเฉลี่ยปรับฐาน = ค่าเฉลี่ย หาร จำนวนข้อ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 240$)

ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ		
มาก	169	70.4
ปานกลาง	69	28.8
น้อย	2	0.8
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแล		
สูง	44	18
ปานกลาง	120	50
ต่ำ	76	32
ระดับทัศนคติต่อการดูแล		
ดี	47	19.6
ปานกลาง	185	77.1
ไม่ดี	8	3.3
ระดับการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท		
ดี	180	75.0
ปานกลาง	57	23.7
น้อย	3	1.3
ระดับการรับรู้บทบาทการดูแล		
มาก	16	6.7
ปานกลาง	208	86.7
น้อย	16	6.7

ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 72.08, SD = 13.26, M_{adj} = 3.60$) โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีความพร้อมในระดับมาก (ร้อยละ 50.4) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นความพร้อมด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและด้านการจัดทำฐานข้อมูลที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านการประเมินผลการดำเนินงานดูแลมากที่สุด ($M = 15.16, SD = 3.34, M_{adj} = 3.79$) รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ($M = 15.09, SD = 3.10, M_{adj} = 3.75$) ด้านการดูแลเชิงรุก ($M = 14.26, SD = 2.99, M_{adj} = 3.57$) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ($M = 10.55, SD = 2.15, M_{adj} = 3.52$) ด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ($M = 10.40, SD = 2.26, M_{adj} = 3.47$) และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ($M = 6.63, SD = 1.61, M_{adj} = 3.32$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวม และรายด้าน ($n = 240$)

ความพร้อม	ค่าที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยปรับฐาน	การแปลผล
ภาพรวม	20-100	27-100	72.08	13.26	3.60	มาก
1. การประเมินความต้องการ	3-15	4-15	10.40	2.26	3.47	ปานกลาง
2. การจัดทำฐานข้อมูล	2-10	2-10	6.63	1.61	3.32	ปานกลาง
3. การจัดทำแผน	3-15	3-15	10.55	2.15	3.52	มาก
4. การดูแลเชิงรุก	4-20	4-20	14.26	2.99	3.57	มาก
5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วม	4-20	6-20	15.09	3.10	3.75	มาก
6. การประเมินผลการดำเนินงาน	4-20	6-20	15.16	3.34	3.79	มาก

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 240$)

ความพร้อมในการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
พร้อมมากที่สุด	19	7.9
พร้อมมาก	121	50.4
พร้อมปานกลาง	84	35.0
พร้อมน้อย	15	6.3
ไม่พร้อมเลย	1	0.4

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ($r = .67, p < .001$) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ($r = .52, p < .001$) และทัศนคติต่อการดูแลของ อสม. ($r = .34, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลในระดับต่ำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .17, p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ($r = .17, p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 240$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p -value
การรับรู้บทบาทการดูแล	.67	< .001
การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท	.52	< .001
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล	.34	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.17	< .01
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	.17	< .01

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัด ชลบุรี จำนวน 240 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ ซึ่งมีค่าเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .63 รวมถึงแบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแล การสนับสนุน การปฏิบัติบทบาท การรับรู้บทบาทการดูแล และความพร้อมในการดูแล ซึ่งมีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .72, .93, .92 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-59 ปี (Min = 20, Max = 59, Med = 53, IQR = 12, $M = 50.41$, $SD = 7.94$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.2) เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.9) เกือบทั้งหมดประกอบอาชีพ (ร้อยละ 93.3) มากกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติงาน 1-10 ปี (ร้อยละ 57.0) โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ (ร้อยละ 90.0) และไม่เคยอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน (ร้อยละ 93.3)

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 7.45$, $SD = 1.70$) มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 8.71$, $SD = 1.54$) มีทัศนคติต่อการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 27.79$, $SD = 3.89$, $M_{adj} = 2.78$) ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 39.83$, $SD = 5.53$, $M_{adj} = 3.98$) และมีการรับรู้บทบาทการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 60.47$, $SD = 9.73$, $M_{adj} = 3.02$)

3. กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 72.08$, $SD = 13.26$, $M_{adj} = 3.60$) โดยมีความพร้อมด้านการประเมินผลการดูแลมากที่สุด ($M = 15.16$, $SD = 3.34$, $M_{adj} = 3.79$) รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ($M = 15.09$, $SD = 3.10$, $M_{adj} = 3.75$) ด้านการดูแลเชิงรุก ($M = 14.26$, $SD = 2.99$,

$M_{adj} = 3.57$) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ($M = 10.55, SD = 2.15, M_{adj} = 3.52$) ด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ($M = 10.40, SD = 2.26, M_{adj} = 3.47$) และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ($M = 6.63, SD = 1.61, M_{adj} = 3.32$) ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้บทบาทในการดูแล ($r = .67, p < .001$) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ($r = .53, p < .001$) และทัศนคติต่อการดูแลของ อสม. ($r = .34, p < .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในระดับต่ำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของ อสม. ($r = .17, p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ($r = .17, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.จังหวัดชลบุรีสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษครั้งนี้ พบว่า อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 72.08, SD = 13.26, M_{adj} = 3.60$) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.4) เมื่อพิจารณาความพร้อมในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลการดูแล อสม. มีความพร้อมมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้านการดูแลเชิงรุก ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า อสม. มีการรับรู้ภายในของตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมหรือปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. เป็นหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในระบบการสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ ของผู้มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) ทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ เป็นต้น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่รัฐบาลมีโครงการส่งเสริมให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 จนถึงปัจจุบัน ซึ่ง อสม. ที่ถูกคัดเลือกเข้ามาเพื่อดูแลด้านสุขภาพของประชาชนจะต้องได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและ

ภาคปฏิบัติ เพื่อให้มีความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ (มินตรา สาระรักษ์, 2553; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จึงเป็นไปได้ในการที่จะมีความพร้อมภาพรวมในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภิญญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า อสม. จะได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในเรื่องที่จะปฏิบัติงาน ความรู้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความสามารถในการเข้าถึงสุขภาพของคนในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลเบื้องต้น และการประสานงานส่งต่อ โดยการนำครอบครัว และสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ อสม. มีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม ความพร้อมในการดูแลภาพรวมของ อสม. กลุ่มตัวอย่างก็ยังไม่ได้อยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก อสม.ยังมีความพร้อมบางด้านในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ซึ่งด้านดังกล่าวจะเป็นการปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องของภาวะสมองเสื่อม อาทิ การค้นหาข้อมูล และประเมินความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ข้อมูลเพื่อระบุระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบที่ตามมา การดูแล อสม.สามารถที่จะปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเตียงแต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยังไม่พร้อมที่ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ (ร้อยละ 90.0) และไม่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน (ร้อยละ 93.3) แสดงให้เห็นถึง ความจำเป็นของการพัฒนาเพิ่มความพร้อมให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) ที่ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 126 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.7) ทั้งนี้ผู้ดูแลครึ่งหนึ่งมีความพร้อมปานกลางถึงไม่มีเลย เนื่องจากไม่เคยได้รับข้อมูลการฝึกการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 44.0)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จังหวัดชลบุรี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อม ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ทักษะคิดต่อการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

2.1 การรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับปานกลาง ($r = .67, p < .01$) แสดงว่าเมื่อ อสม. ยอมรับและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจาก การรับรู้บทบาทที่เหมาะสม จะเข้าใจส่วนในงานที่ได้รับหมายหมายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นเสมือนการเตรียมการเบื้องต้น (Prepared) ก็เป็นผลทำให้บุคคลพยายามเรียนรู้ในบทบาท จนเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (WHO, 2002) ดังนั้น เมื่อ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมากก็ย่อมที่จะเข้าใจและรู้สึกยอมรับในการปฏิบัติการดูแล พยายามแสวงหาแนวทางในการพัฒนาตนเอง จนทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบที่คาดหวังได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า การรับรู้บทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จิรภา เพียรพนัสศักดิ์ และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต (2560) ก็พบว่า การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .01$) ตลอดจนการศึกษาของ กิรญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า ปัจจัยความพร้อมด้านการรับรู้บทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .57$)

2.2 การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท

การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับปานกลาง ($r = .53, p < .01$) เมื่อ อสม. รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากการได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทจากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลรู้สึกมีกำลังใจและเกิดแรงผลักดันจากภายนอกจนเกิดจูงใจในการปฏิบัติและต่อสู้กับปัญหา ก็ส่งผลถึงความพร้อมในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (WHO, 2002) ดังนั้น เมื่อ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ด้านข้อมูลการสนับสนุน ด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สนับสนุนด้านการประเมินผล ที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ก็จะทำให้ อสม. มีแรงผลักดันในการต่อสู้กับความยากลำบาก เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ หาริธีรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่ความพร้อม

ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65, p < .01$) และการศึกษาของ ภิญญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า ปัจจัย ความพร้อมด้านการได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ บทบาทฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกายของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .57$)

2.3 ทักษะต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. ในระดับปานกลาง ($r = .34, p < .001$) แสดงว่า เมื่อ อสม. มีทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทัศนคติเป็นความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็น ของบุคคลที่แสดงออกต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ว่าเห็นด้วยหรือไม่ ชอบ/ ไม่ชอบต่อสิ่งนั้น ซึ่งหากเห็นด้วย จะมีเกิดแรงจูงใจหรือกระตุ้นในการปฏิบัติ พยายามแสวงหาหรือเรียนรู้ จนนำไปสู่ความในการปฏิบัติ ได้อย่างเหมาะสม (WHO, 2002) ดังนั้น เมื่อ อสม. มีทัศนคติที่ดีหรือสูงต่อการดูแลผู้มีภาวะสมอง เสื่อมจากเกิดแรงจูงใจภายในเชิงบวกที่มีกระตุ้นแสวงหาแนวทางการพัฒนาตนเอง จนเกิด ความพร้อมในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา ชูแก้ว (2557) ที่พบว่า ทัศนคติ ของพยาบาลการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือและสร้างเสริม สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .01$) และการศึกษา ของ จันทรา พรหมน้อย (2558) ที่พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .63, p < .01$)

2.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อมของ อสม. ในระดับต่ำ ($r = .17, p < .01$) แสดงว่า เมื่อ อสม. รับรู้ว่าภาวะสุขภาพดีมากขึ้น ก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มี การรับรู้ภาวะสุขภาพว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี ไม่ต้องวิตกกังวลเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรม จนทำให้บุคคล เกิดความพร้อมในการดูแลแตกต่างกันด้วยเช่นกัน ดังนั้นเมื่อ อสม. มีการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพ ตนเองที่ดีแล้ว จะรู้สึกตนเองแข็งแรงหรือสามารถต้าน โรคได้ ก็จะไม่วิตกกังวล เกิดความหวัง ในการปฏิบัติ และรับรู้ว่าตนเองความสามารถจะปฏิบัติ ทนความลำบากในการปฏิบัติหน้าที่

ในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังในชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนได้ จินนาไปสู่การเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .01$) และการศึกษาของ ชยุตรา สุทธิลักษณ์ (2560) ก็พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$)

2.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับต่ำ ($r = .17, p < .01$) แสดงว่า เมื่อ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องมาจากบุคคลที่มีความรู้เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับข้อมูลและได้เรียนรู้มา จะเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/ สิ่งใดไม่ควรทำ จินนาไปสู่ความมั่นใจในการเลือกปฏิบัติ จนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (WHO, 2002)

ความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมการกระทำในการปฏิบัติงานตามความรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ การเลือกวิธีปฏิบัติ และการนำไปใช้ได้เหมาะสม ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน หรือ การมองเห็น จะทำให้บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสมตามด้วย และส่งผลทำให้นำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทได้ ดังนั้น เมื่อ อสม. ได้ข้อมูลและเรียนรู้จนมีความรู้ที่ดีหรือสูงเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จะเกิดความเข้าใจในเรื่อง การดูแลผู้มีสภาวะสมองเสื่อมการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งความรับผิดชอบและเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ความผิดปกติ ตลอดจนการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ พรหมทัต (2554) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $.31$ ($p < .01$) และการศึกษาของ นิชชาธิ์ พิริยจรัสชัย (2560) ก็พบว่า ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($r = .26, p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้บริหารระดับท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล) ควรให้ความสำคัญหรือตระหนักถึงความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ทั้ง 6 ด้าน 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล เป็นต้น และนำมากำหนดนโยบายให้มีการประเมินความพร้อมที่เป็นระบบตลอดจนวางแผนมาตรการในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ต่อไป

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมทัศนคติในเชิงบวกต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนให้การพัฒนาระบบสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการปฏิบัติของ อสม. โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีการรับรู้สุขภาพไม่ดี เพื่อเพิ่มความพร้อมของ อสม. นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดปัจจัยเชิงทำนายปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. อาทิ โปรแกรมการเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมส่งเสริมทัศนคติในเชิงบวกต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการพัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการปฏิบัติของ อสม.

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ กาญจนนิกร. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะต่อความผาสุกของผู้สูงอายุที่เบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะซึมเศร้า (The effects of a group art therapeutic program on well-being in older adults with type 2 diabetes and depression). *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 23-32.
- กรมการแพทย์. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550*. กรุงเทพฯ: เเรดิโอเอ็น.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องแนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.): โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* เชียงรุ๊ก พ.ศ.2552. เข้าถึงได้จาก http://www.hss.moph.go.th/file_upload/20452_2.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *10 แนวทางสร้างสุขภาพ: พฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยปี พ.ศ.2557. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. *สารศิริราช Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359-374
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2559*. กรุงเทพฯ: เเรดิโอเอ็น.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2556). *สมองเสื่อม โรคหรือวัย*. กรุงเทพฯ: คบไฟ.

- กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 82-97.
- กามัน เจ๊ะอารง และชญาณิกา ศรีวิชัย. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 299-305.
- คณิต หนูพลอย. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จรรยาถิษณ์ ป็องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2554). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 58-70.
- จันทร์ศรี ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ตุลาทอง. (2551). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ. *วารสารกองการพยาบาล*, 35(3), 113-130.
- จันทร์พรหมน้อย. (2558). ปัจจัยทำนายการบูรณาการในชุมชนของผู้บาดเจ็บรุนแรง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 62-7
- จิรภา เพียรพนัสสัก และลลิตา นิพิฐประศาสน์สุนทรวิภาต. (2560). ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของตึกอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยเพื่อสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชยุตรา สุทธิลักษณ์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเลี้ยวเฉลิมพระเกียรติ* 4(2), 102-111.
- ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 22(43-44), 166-179.

- ณัฐรดา แสคำ. (2561). การศึกษานำร่องความพร้อมในการดูแลของ อสม. ตำบลหนองตาอู่ อำเภอ บางละมุง ในจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย. (2560). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุน ทางสังคมกับบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3), 31-38.
- ชานินทร์ ศิลปจารุ. (2560). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญบิสซิเนสฮาร์แอนด์ดี.
- นงคราญ สมฤทธิ. (2558). ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรงอำเภอ เกาะกาจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการ การสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2560). ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างมืออาชีพ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย อีสเทิร์นเอเชีย, 11(2), 82-89
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2555). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ปินดาวงศ์. (2559). ความพร้อมของนักศึกษาที่มีผลต่อแนวคิดประชาคมอาเซียนของ นักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการบริการ และนโยบายสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เนชั่น ทีวี. (2563, 23 มกราคม). เพิ่มบทบาท "อสม." เป็น "หมอประจำบ้าน". เข้าถึงได้จาก <https://www.nationtv.tv/main/content/378759141/>
- บุญใจ ศรีสถิตย์ราษฎร์. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2555). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์เขต, 11(7), 291-300.

- บุษรา ศรีสุพัฒน์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถขอ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(1), 9-21.
- ปิติพร สิริทิพากร. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 38(2), 54-64.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2561). การฟื้นฟูผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง.
- พรชูลี จันทร์แก้ว. (2553). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พรพรรณ พรหมทัต. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (2550, 27 กันยายน), ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-77.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 101-110.
- พิมพ์พรรณ เรืองพุช และวรัญญา จิตบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(2), 32-43.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญอุทัยมากร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภริญา จำปาศรี. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3), 76-88.

- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2555). *โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบ ของ T-PANSS. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช 20-21 พฤษภาคม พ.ศ. 2545. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.*
- มินตรา สารระักษ์. (2553). การสร้างเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารวิชาการ มอบ, 12(2), 39-48.*
- รัชนี้ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 27(14), 137-150.*
- รัชนี้ สรรเสริญ. (2554). กรอบพลังงานแบบเป็นหุ้นส่วนเพื่อสรรค์สร้างคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 23(3), 1-11*
- รัชนี้ สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2551). ญาติผู้ดูแล: ชุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 16(3), 1-13.*
- วัฒนา แม้นพยัคฆ์. (2541). *ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาแนะนำในระดับชุมชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในจังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วันดี โภคะกุล. (2542). *ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- วารุณี เรืองมี และเนตรนภา คู่พันธ์วี. (2559). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 27(3), 64-72*
- วิไลพร ศรีธเรศ. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะ.*
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). *ตำราอายุรศาสตร์: การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.*
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ภาคพิมพ์.*
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). *พจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น: ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: สมาคมพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.*

- ศรณรินทร์ กาญจนะ โนนินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และจิตติวิ แก้วพรสวรรค์. (2557). การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 409-418
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 1-12.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ. เชียงใหม่: กลุ่มวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลตติยภูมิ.
- ศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 165-171.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, เชิดชัย นพมณี, จำรัส เลิศ และอักรินทร์ นิมมานนิตย์. (2555). *R2R สถานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561). *สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557). *แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง*. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข.
- สิรินทร นันทศิริกาญจน์. (2556, มีนาคม). ผู้สูงอายุ: สมองเสื่อมและอัลไซเมอร์. *นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ*, 7, 34-37.
- สุคนธา ศิริ. (2556). เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 115-130.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพหุวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2(1), หน้า 39-42.

- สุมิตรา ชูแก้ว. (2557). *ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือ และสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2558). ภาวะสมองเสื่อม. ใน นันทวัช สิทธีรภัทร์ (บรรณาธิการ), *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 349-354). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- อรรวรรณ ศิลปะกิจ. (2556). บทความฟื้นฟูวิชาการ: การคัดกรองโรคสมองเสื่อม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 34-47.
- Alzheimer's Disease International. (2017). *Dementia statistics*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/statistics>
- Alzheimer's Disease International. (2019). *Attitudes to dementia*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>
- American Psychological Association (2012). *APA's statement on the DSM-5 development process*. Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/2012/01/statement-dsm.aspx>.
- Arango Lasprilla, J. C., Moreno, A., Rogers, H., & Francis, K. (2009). The effect of dementia patient's physical, cognitive, and emotional/ behavioral problems on caregiver well-being: Findings from a Spanish-speaking sample from Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(5), 384-395. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1533317509341465> PMID:19700668
- Archbold, P. G. (1992). The clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregiver to frail older people. *Key Aspects of Elder Care*, 12(3), 328-329.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Cape Town: Pearson Education.
- Fenwick, L. (1979). *U. S. patent No. 4,139,917*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

- Mougias, A. A., Politis, A., Mougias, M. A., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D., & Mavreas, V. G. (2015). The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Psychiatrike= Psychiatriki*, *26*(1), 28-37.
- National Health Security Office. (2016). *A handbook for supporting the management of long-term care services in public health for the dependent elderly people under the National Health Security System*. Bangkok: National Health Security Office.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Hurd, D. M., Potter, G. G., Rodgers, W. L., Steffens, D. C., Willis, R. J., & Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, *29*(1-2), 125-132.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Appleton & Lange.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia (an analysis of prevalence, incidence, cost and trends): Alzheimer's Disease International*. London: King's College.
- Schaefer, A. L., Anderson, J. E., & Simms, L. M. (1990). Are they ready? Discharge planning for older surgical patients. *Journal of Gerontological Nursing*, *16*(10), 16-19. Retrieved from <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19901001-06> PMID:2229954
- Srithamrongsawat, S., Suriyawongpaisan, P., Kaseamsub, W., Aekpalakorn, W., & Lerapan, B. (2018). *The research project for developing long-term care for the dependency in older adults under universal coverage scheme*. Bangkok: Community medicine department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, *14*(3), 163-180. Retrieved from <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002> PMID:17278337
- World Health Organization [WHO]. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative care for chronic condition: Building block for action*. Retrieved from <http://apps.who.int/diabetes/publication/iccreport/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกสร อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ชูศรี อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
3. นายแพทย์การุณย์ ลือประสิทธิ์กุล แพทย์ประจำ โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี
4. คุณพรเพ็ญ ภัทรากร พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse: APN) กลุ่มงานเวชปฏิบัติ ศูนย์แพทย์ชุมชน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
5. คุณศิริพร กลิ่นสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองตาอุ้น อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
Factors Related to Care Readiness for Persons with Dementia among Village Health Volunteers

ชื่อนิสิต นางสาวณัฐรดา แสคำ

รหัสประจำตัวนิสิต 60920040 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

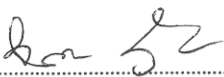
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 10 - 2562
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 240 ราย และ
กลุ่มตัวอย่างสำหรับ Try out จำนวน 30 ราย รวม 270 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อ่างศิลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองซำซาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไม้แก้ว โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลหนองปรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรกฟ้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่ง
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๙๐๘



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

ศ พศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวณัฐรดา แสค์คำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม.ของ
กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๒๔๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

๑. เพศชายและเพศหญิง อายุ ๒๐-๕๙ ปี
๒. ปฏิบัติงานเป็น อสม.อย่างน้อย ๑ ปี
๓. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
๔. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

โดยขอเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา จำนวน ๗๔ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐
พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ - วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๓๕
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๖๔-๕๙๖-๙๔๒๕

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๗๑๖



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรกฟ้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวณัฐดา แสคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม.ของ
กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๒๕๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

๑. เพศชายและเพศหญิง อายุ ๒๐-๕๕ ปี
๒. ปฏิบัติงานเป็น อสม.อย่างน้อย ๑ ปี
๓. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
๔. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

โดยขอเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรกฟ้า จำนวน ๖๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐
พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ – วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๗๕
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
วิจัยโทร ๐๖๔-๕๙๖-๙๔๒๕

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๒๕๖๒



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไม้แก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวณัฐรดา แอค์คำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม.ของ
กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๒๕๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

๑. เพศชายและเพศหญิง อายุ ๒๐-๕๙ ปี
๒. ปฏิบัติงานเป็น อสม.อย่างน้อย ๑ ปี
๓. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
๔. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

โดยขอเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาไม้แก้ว จำนวน ๓๑ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐
พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ - วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๗๕
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๖๔-๕๕๖-๙๕๒๕

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๗๖๓



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

พ.ศ. ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวณัฐรดา แยกคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม.ของ
กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๒๔๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

๑. เพศชายและเพศหญิง อายุ ๒๐-๕๙ ปี
๒. ปฏิบัติงานเป็น อสม.อย่างน้อย ๑ ปี
๓. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
๔. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

โดยขอเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ จำนวน ๕๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐
พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ – วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๗๕
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๖๔-๕๙๖-๙๔๒๕

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๗๙๓



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขี้ซาก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวณัฐรดา แอคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม.ของ
กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๒๔๐ คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

๑. เพศชายและเพศหญิง อายุ ๒๐-๕๙ ปี
๒. ปฏิบัติงานเป็น อสม.อย่างน้อย ๑ ปี
๓. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
๔. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

โดยขอเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขี้ซาก จำนวน ๒๕ ราย ระหว่างวันที่
๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ - วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๗๕
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖
วิจัยโทร ๐๖๔-๕๙๖-๙๕๒๕

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-10-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐรดา แสคำ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยด้านการเตรียมการ และปัจจัยด้านแรงจูงใจ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอายุ 20-59 ปี ปฏิบัติงานเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วย ตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด มี 7 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสม. 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) แบบประเมินความรู้ภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 5) แบบสอบถามการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท อสม. 6) แบบประเมินการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 7) ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30-45 นาที ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน

การระบุชื่อ-นามสกุล และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนางสาวณัฐรดา แสคำ หมายเลขโทรศัพท์ 064-596-9425 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 092-962-5354

นางสาวณัฐรดา แสคำ

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวณัฐรดา แฮคำ)

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพาผลการวิจัยที่ได้ในครั้งจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามฉบับนี้ตามความคิดเห็นและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ให้ครบทุกข้อ ข้อมูลที่ตอบทั้งหมดถือเป็นความลับ โดยจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม และนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้นซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

แบบสอบถามชุดนี้ มี 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอสม.	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท อสม.	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 7 ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.	จำนวน 20 ข้อ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อีกมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ฉัตรดา แสร์คำ

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสม.

คำชี้แจง: ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา	() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
() 5. อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.	() 6. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
4. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่ (ถ้าประกอบ) ประกอบอาชีพอะไร

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() 2. รับจ้าง
() 3. ทำไร่/ ทำสวน	() 4. ค้าขาย
() 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	() 6. อื่น ๆ โปรดระบุ

1.2 ข้อมูลบริบทการทำงานเป็นอสม.

5. ระยะเวลาการเป็น อสม.ปี.....เดือน
6. ท่านมีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อนหรือไม่ (ถ้าเคย) โปรดระบุ

() 1. ไม่เคย	() 2. เคย	<input type="checkbox"/> ญาติ-พี่น้อง <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
---------------	------------	--
7. ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่

() 1. ไม่เคย	() 2. เคย ระบุ.....
---------------	----------------------

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง: ให้ใส่หมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดลงในช่องว่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกภาวะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด.....



ไม่ดี

ดีมาก

หมายเหตุ 0 คะแนน หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองว่าไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย

10 คะแนน หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองว่าแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: โปรดเลือกและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด
1	ภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมถอยของสมองแบบค่อยเป็นค่อยไป		
2	ภาวะสมองเสื่อมพบได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น		
3	ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงและผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้อื่น		
4	ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรกจะมีอาการจดจำเหตุการณ์อดีตได้ดีกว่าจดจำเหตุการณ์ระยะสั้น		
5	ภาวะสมองเสื่อมสามารถตรวจคัดกรองได้จากแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)		
6	ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเกิดภาวะพึ่งพา		
7	การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมต้องดูแลด้านร่างกายรวมทั้งด้านจิตใจ		
8	กิจกรรมดนตรีบำบัดถือเป็นการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดความกังวลและความเครียด		
9	การสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ควรเปลี่ยนหัวข้อหรือนำหลายเรื่องมาปะปนกัน		
10	การสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรพูดประโยคยาวๆ		
11	ควรจัดให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีเวลาส่วนตัวหรืออยู่คนเดียวเพื่อความรู้สึกลดท้อ		
12	อาการหวาดระแวงอาการหลงผิดและอาการก้าวร้าวเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้มีภาวะสมองเสื่อม		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ดังนี้

- 4 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
- 3 คะแนน = มาก หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
- 2 คะแนน = น้อย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อย
- 1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับ ความคิดเห็น			
	4	3	2	1
1. ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะเป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแล				
2. ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้				
3. ท่านสามารถฟื้นฟูกิจกรรมง่าย ๆ ให้กับผู้ป่วยได้				
4. ท่านมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยเท่า ๆ กับโรงพยาบาล				
5. หากท่านมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสที่ดีขึ้นได้				
6. ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีนิสัยขี้เกียจ คือ				
7. ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะไม่ค่อยรับฟัง เมื่อญาติพูดดี ๆ				
8. ท่านรู้สึกโกรธและหงุดหงิดที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม				
9. ท่านเต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนกิจกรรมส่วนตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย				
10. ท่านสามารถสร้างกำลังใจได้หากต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อเนื่อง				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ดังนี้

- 5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้นอย่างยิ่ง
- 4 คะแนน = เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้น
- 3 คะแนน = ไม่น่าใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้นบางส่วน
- 2 คะแนน = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้น
- 1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความ
ในประโยคนั้นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	สมาชิกในครอบครัวพยาบาล หรือคนในชุมชนเข้าใจและให้กำลังใจท่านในการปฏิบัติภารกิจ การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว					
2	สมาชิกในครอบครัวพยาบาล หรือคนในชุมชนกระตุ้นเตือนให้ท่านเห็นความสำคัญของการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว					
3	พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลกับท่านเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
4	พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
5	พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ช่องทางในการติดต่อ และรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทุกช่องทาง					
6	ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อสวัสดิการต่างๆที่ท่านได้รับจากการเป็นอสม.					
7	ท่านสามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการทำบทบาท อสม.					
8	เครื่องมือที่มีอยู่ในหน่วยงานมีเพียงพอหรืออยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานเสมอ					
9	พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประเมินเพื่อพัฒนาการปฏิบัติบทบาทของท่าน					
10	พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบอกหรือสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติบทบาทของท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ดังนี้

- | | | | |
|---|---------------|---------|---|
| 4 | รับรู้มาก | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นมากที่สุด |
| 3 | รับรู้ปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นมาก |
| 2 | รับรู้น้อย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยคนั้นน้อย |
| 1 | ไม่รับรู้เลย | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย |

ข้อ	ท่านรับรู้ว่า อสม. มีบทบาทต่อไปนี้	ระดับการรับรู้			
		4	3	2	1
1	ท่านมีบทบาทค้นหาข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพ ความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม				
2	ท่านมีบทบาทค้นหาข้อมูล และประเมินความสามารถและ ความต้องการในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของสมาชิก ในครอบครัว				
3	อสม. มีบทบาทวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและ สมาชิกในครอบครัว				
4	อสม. มีบทบาทช่วยยกระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบที่ตามมา				
5	อสม. มีบทบาทช่วยจัดทำทะเบียนของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน				
6	อสม. มีบทบาทวางแผนการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้ครบถ้วนตามความ จำเป็นร่วมกับครอบครัว และเครือข่ายอื่นในชุมชน				
7	อสม. มีบทบาทวางแผนให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้รับสิทธิต่างๆ ตามความ เหมาะสม				
8	อสม. มีบทบาทประสานงานและส่งต่อเจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอื่น เพื่อช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อม				
9	อสม. มีบทบาทส่งเสริมหรือช่วยปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้มีภาวะสมอง เสื่อมให้เหมาะสม				
10	อสม. มีบทบาทช่วยดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงที่บ้าน เช่น ดูแลลดความ กังวล จัดกิจกรรม เป็นต้น				
11	อสม. มีบทบาทช่วยคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ที่บ้าน เช่น อาการทางกาย หรือทางจิตเวช				
12	อสม. มีบทบาทร่วมแก้ปัญหาสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยตรงที่บ้าน				
13	อสม. มีบทบาทสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกใน ครอบครัว				
14	อสม. มีบทบาทให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกใน ครอบครัว				
15	อสม. มีบทบาทสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สมาชิกในครอบครัวในการชะลอ อาการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม				
16	อสม. มีบทบาทส่งเสริมหรือประยุกต์อุปกรณ์ในบ้านเพื่อการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อมแก่ผู้สมาชิกในครอบครัว				
17	อสม. มีบทบาทร่วมติดตามความก้าวหน้าแผนการดำเนินงานกิจกรรมการดูแล				

ข้อ	ท่านรับรู้ว่า อสม. มีบทบาทต่อไปนี้	ระดับการรับรู้			
		4	3	2	1
	ผู้มีภาวะสมองเสื่อม				
18	อสม. มีบทบาทร่วมประเมินผลความสำเร็จของการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม				
19	อสม. มีบทบาทร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม				
20	ท่านมีบทบาทร่วมแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของ อสม.

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ดังนี้

พร้อมมากที่สุด	5	คะแนน หมายถึง	มั่นใจว่าพร้อมปฏิบัติมากที่สุด
พร้อมมาก	4	คะแนน หมายถึง	มั่นใจว่าพร้อมปฏิบัติมาก
พร้อมปานกลาง	3	คะแนน หมายถึง	มั่นใจว่าพร้อมปฏิบัติปานกลาง
พร้อมน้อย	2	คะแนน หมายถึง	มั่นใจว่าพร้อมปฏิบัติน้อย
ไม่พร้อมเลย	1	คะแนน หมายถึง	ไม่มั่นใจในการปฏิบัติเลย

ข้อ	ท่านพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ค้นหาข้อมูล และประเมินความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
2	ค้นหาข้อมูล และประเมินความสามารถและความต้องการในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกในครอบครัว					
3	ช่วยให้ข้อมูลเพื่อระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบที่ตามมา					
4	ช่วยจัดทำทะเบียนของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน					
5	วางแผนการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้ครบถ้วนตามความจำเป็นร่วมกับครอบครัว และเครือข่ายอื่นในชุมชน					
6	วางแผนการได้รับสิทธิต่างๆ ตามความเหมาะสมของผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
7	ประสานงานและส่งต่อเจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอื่น เพื่อช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
8	ส่งเสริมหรือช่วยปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้					

ข้อ	ท่านพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	เหมาะสม					
9	ช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงที่บ้าน เช่น ดูแลลดความกังวล จัดกิจกรรม เป็นต้น					
10	ช่วยให้ข้อมูลเพื่อระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบที่ตามมา					
11	ช่วยคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงที่บ้าน เช่น อาการทางกาย หรือทางจิต					
12	ร่วมแก้ปัญหาสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงที่บ้าน					
13	สร้างความเข้าใจในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกในครอบครัว					
14	ร่วมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกในครอบครัว					
15	สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สมาชิกในครอบครัวในการชะลออาการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
16	ส่งเสริมประยุกต์อุปกรณ์ในบ้านเพื่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สมาชิกในครอบครัว					
17	ร่วมติดตามความก้าวหน้าแผนการดำเนินงานกิจกรรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
18	ร่วมประเมินผลความสำเร็จของการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
19	ร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม					
20	ร่วมแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว					

ภาคผนวก จ
ความพร้อมรายชื่อ

ตารางภาคผนวก จ-1 จำนวน และร้อยละความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะ
สมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 240$)

ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท การดูแล	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	SD
	พร้อม มากที่สุด	พร้อม มาก	พร้อม ปานกลาง	พร้อม น้อย	ไม่พร้อม เลย		
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
1. ค้นหาข้อมูล และประเมิน ความต้องการของผู้มีภาวะ สมองเสื่อม	20 (8.30)	79 (32.90)	116 (48.3)	24 (10.00)	1 (0.40)	3.39	0.795
2. ค้นหาข้อมูล ประเมิน ความสามารถ และความต้องการ ของสมาชิกในครอบครัว	30 (12.50)	92 (38.30)	96 (40.00)	19 (7.90)	3 (1.20)	3.53	0.858
3. วิเคราะห์ปัญหาและ ความต้องการของผู้มีภาวะสมอง เสื่อมและสมาชิกในครอบครัว	29 (12.10)	89 (37.10)	93 (38.80)	26 (10.80)	3 (1.20)	3.48	0.887
4. ช่วยให้อายุขัยเพื่อระบุระดับ ความรุนแรงของอาการ และ ผลกระทบที่ตามมา	18 (7.50)	93 (38.80)	93 (38.80)	30 (12.50)	6 (2.50)	3.36	0.886
5. ช่วยจัดทำทะเบียนของผู้มี ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	17 (7.10)	74 (30.80)	110 (45.80)	34 (14.20)	5 (2.10)	3.27	0.865
6. วางแผนการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อม	19 (7.90)	101 (42.10)	97 (40.70)	19 (7.90)	4 (1.70)	3.47	0.818
7. วางแผนการได้รับสิทธิต่าง ๆ ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม	19 (7.90)	78 (32.50)	112 (46.70)	29 (12.10)	2 (0.80)	3.35	0.824
8. ประสานงานและส่งต่อ เพื่อช่วยเหลือผู้มีภาวะสมอง เสื่อม	57 (23.80)	92 (38.30)	65 (27.10)	23 (9.60)	3 (1.20)	3.74	0.969
9. ส่งเสริมหรือช่วยปรับ สภาพแวดล้อมที่บ้าน	34 (14.20)	103 (42.90)	82 (34.20)	19 (7.90)	2 (0.80)	3.62	0.855

ตารางภาคผนวก จ-1 (ต่อ)

ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท การดูแล	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย	SD
	พร้อม มากที่สุด	พร้อม มาก	พร้อม ปานกลาง	พร้อม น้อย	ไม่พร้อม เลย		
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
10. ช่วยดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อมโดยตรงที่บ้าน	25 (10.40)	100 (41.70)	94 (39.20)	18 (7.50)	3 (1.20)	3.52	0.855
11. ช่วยคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนโดยตรงที่บ้าน	29 (12.10)	104 (43.30)	85 (35.40)	17 (7.10)	5 (2.10)	3.56	0.870
12. ร่วมแก้ปัญหาสุขภาพของ ผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ที่บ้าน	28 (11.70)	104 (43.30)	84 (35.00)	21 (8.80)	3 (1.20)	3.55	0.856
13. สร้างความเข้าใจในการดูแล แก่สมาชิกในครอบครัว	48 (20.00)	97 (40.70)	77 (32.10)	16 (6.70)	2 (0.80)	3.72	0.888
14. ร่วมให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลแก่สมาชิกในครอบครัว	41 (17.10)	119 (49.60)	58 (24.20)	21 (8.80)	1 (0.40)	3.74	0.858
15. สร้างการมีส่วนร่วมของ ผู้สมาชิกในครอบครัว ในการดูแล	59 (24.00)	104 (43.30)	58 (24.20)	19 (7.90)	0 (0.00)	3.85	0.885
16. ส่งเสริมประยุกต์อุปกรณ์ การดูแลแก่ครอบครัว	54 (22.50)	99 (41.20)	69 (28.80)	16 (6.70)	2 (0.80)	3.78	0.899
17. ร่วมติดตามความก้าวหน้า แผนการดำเนินงาน	52 (21.70)	105 (43.80)	64 (26.70)	19 (7.90)	0 (0.00)	3.79	0.872
18. ร่วมประเมินผลความสำเร็จ ของการดูแล	52 (21.70)	102 (42.50)	66 (27.50)	18 (7.50)	2 (0.80)	3.77	0.903
19. ร่วมให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา	54 (22.50)	114 (47.50)	50 (20.80)	20 (8.30)	2 (0.80)	3.83	0.902
20. ร่วมแก้ไขปัญหาและ อุปสรรคที่พบในการดูแล	52 (21.70)	109 (45.40)	55 (22.90)	21 (8.80)	3 (1.20)	3.77	0.928