

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และ
ภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาวสาธิตา แรกคำนวน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA (BPSD)
AND CAREGIVER BURDEN AMONG CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S
DEMENTIA PATIENTS AT DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Sathida Rakkhamnuan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
ชนิดอัลไซม์เมอร์และการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนก
จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาวสาธิตา แรกคำนวน

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ โสภณ นภทร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล)

สาธิตา แรกค่านวน: ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA (BPSD) AND CAREGIVER BURDEN AMONG CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S DEMENTIA PATIENTS AT DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 116 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ.2554 จำนวน 90 ราย แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามภาระการดูแล และ 3) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ สถิติที่แบบกลุ่มตัวอย่างอิสระ และสหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา ด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) มีอายุเฉลี่ย 77.7 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 4.6 ปี คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) เฉลี่ย 19.5 พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ 58 ราย (ร้อยละ 64.4) และมีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลในระดับเล็กน้อย 42 ราย (ร้อยละ 46.7) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ($p < 0.01$) และด้านภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแล จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี พบว่า ส่วนใหญ่มีภาระการดูแล 62 ราย (ร้อยละ 68.9) โดยพบว่ามีภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง 37 ราย (ร้อยละ 41.1) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแล ($p < 0.01$) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุผู้ดูแลที่มากกว่า 40 ปี การไม่ได้ประกอบอาชีพ และการไม่มีรายได้ ($p < 0.05$) ปัจจัยของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุผู้ป่วยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การมีพฤติกรรมผิดปกติ ($p < 0.01$) การมีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว การมีอาการแปรปรวน ($p < 0.05$) และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ($p < 0.05$)

สรุป ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่ มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (ร้อยละ 64.4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและเป็นปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแล (ร้อยละ 68.9) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา ..2554

5374691530: MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: BURDEN/ ALZHEIMER’S DEMENTIA/ BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA (BPSD)

SATHIDA RAKKHAMNUAN: BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA (BPSD) AND CAREGIVER BURDEN AMONG CAREGIVERS OF ALZHEIMER’S DEMENTIA PATIENTS AT DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR: ASST. PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, M.D., 116 pp.

Objectives: To study the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), and the caregiver burden among caregivers of Alzheimer’s dementia patients and the associated factors of BPSD and caregiver burden in the Department of out patient Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Method: Ninety primary caregivers were recruited from the Department of out patient Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital during August to November 2011. The questionnaires were compound of three: 1) Demographic questionnaire, 2) Zarit Burden Interview (ZBI), and 3) Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD). The associated factors of BPSD and caregiver burden were analyzed by chi-square test, independent t-test, and Pearson’s correlations. Logistic regression was used to identify the predictor of BPSD and caregiver burden among caregivers of Alzheimer’s dementia patients. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: About the behavioral and psychological symptoms of dementia, most of the Alzheimer’s dementia patients were female (68.9%). The average age was 77.7 years, the average duration of illness was 4.6 years and the average Thai Mental State Examination (TMSE) scores was 19.5. Most of them (58 patients, 64.4%) had the BPSD and the BPSD minimally affected the caregivers (42 patients, 46.7%). The associated factors of BPSD were the duration after diagnosis above 4 years (p<0.05) and the TMSE scores of less than to 23 (p<0.01). Logistic regression showed that the predictors of BPSD were the duration after diagnosis above 4 years (p<0.05) and the TMSE scores of less than to 23 (p<0.01). About the caregiver burden among caregivers, most of the caregivers were female (86.7%). The average age was 49.44 years. Most of them (62 caregivers, 68.9%) had caregiver burden and had mild to moderate burden level (37 caregivers, 41.1%). The associated factors of caregiver burden were caregiver age more than 40 years, absence of occupation, absence of income (p<0.05), patient age above 80 years (p<0.05), presence of BPSD (p<0.01), having activity disturbances(p<0.01), having aggressiveness, having affective disturbance (p<0.05) and having the moderate-to-severe impact of BPSD (p<0.01). The predictor of caregiver burden was the moderate-to-severe impact of BPSD (p<0.05).

Conclusion: Most of the Alzheimer’s dementia patients (64.4%) had BPSD. The associated factors and predictors of BPSD were the duration after diagnosis above 4 years and the TMSE scores of less than to 23. Most of the caregivers (68.9%) had caregiver burden. The associated factors and predictors of caregiver burden was the moderate-to-severe impact of BPSD.

Department Psychiatry Student’s Signature.....
 Field of Student Mental Health Advisor’s Signature.....
 Academic Year 2011

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญชวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ และ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ทั้งยังให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้อนุเคราะห์ในการใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) และนางอรวรรณ แผนคง ที่ได้อนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI)

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล รวมถึงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกจิตเวชศาสตร์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัวที่คอยสนับสนุน เป็นกำลังใจ และเป็นแรงบันดาลใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและให้ความสะดวกตลอดที่เข้ามาศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต (CU.GRADUATE SCHOOL THESIS GRANT) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญภาพ..... | ฎ |
| | |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 3 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 3 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 3 |
| ข้อตกลงเบื้องต้น..... | 4 |
| ข้อจำกัดของการวิจัย..... | 4 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 4 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 6 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 7 |
| | |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 8 |
| ภาวะสมองเสื่อม..... | 8 |
| ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 11 |
| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม..... | 21 |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม..... | 25 |
| ผู้ดูแล..... | 29 |
| ภาวะการดูแล..... | 30 |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล..... | 35 |
| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อภาวะการดูแล..... | 40 |

| | หน้า |
|---|------|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 42 |
| รูปแบบการวิจัย..... | 42 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 42 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 44 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 46 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 47 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 48 |
| ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 50 |
| ตอนที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 52 |
| ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 54 |
| ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 58 |
| ตอนที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 59 |
| ตอนที่ 6 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์... 63 | 63 |
| ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 64 |
| ตอนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์..... | 68 |
| ตอนที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์..... | 72 |

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 73 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 73 |
| อภิปรายผล..... | 76 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 82 |
| รายการอ้างอิง..... | 84 |
| ภาคผนวก..... | 93 |
| ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมในการทำวิจัย ในมนุษย์..... | 94 |
| ภาคผนวก ข แบบสอบถาม..... | 102 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 116 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|--|------|
| 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย..... | 50 |
| 2 แสดงข้อมูลปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย..... | 52 |
| 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจของผู้ป่วย..... | 54 |
| 4 แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย โดยใช้ Pearson's correlations..... | 56 |
| 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของผู้ป่วย กับคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) โดยใช้ independent t-test..... | 57 |
| 6 แสดงปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย..... | 58 |
| 7 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล..... | 59 |
| 8 แสดงภาระการดูแลของผู้ดูแล..... | 63 |
| 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับภาระ การดูแลของผู้ดูแล..... | 64 |
| 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาระ การดูแลของผู้ดูแล..... | 67 |
| 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ independent t-test..... | 68 |
| 12 แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ Pearson's correlations..... | 69 |
| 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย แต่ละด้าน กับภาระการดูแลของผู้ดูแล..... | 70 |
| 14 แสดงปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล..... | 72 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|-----------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 6 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่าเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรสูงอายุในสังคมที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบันเป็นวัยที่มีปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดปัญหาในการดูแลตนเอง⁽¹⁾

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วย 4-6 ล้านคน มีภาวะสมองเสื่อม โดยร้อยละ 8-10 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมากกว่าร้อยละ 30 พบในผู้ป่วยที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุขปี 2543 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 11.4 และจากสถิติประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รายงานเมื่อ มกราคม 2554 มีประชากรสูงอายุ 7,790,000 คน ดังนั้นคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันมีจำนวน 888,060 คน และจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ คาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ภาวะสมองเสื่อม สามารถแบ่งได้หลายชนิด ซึ่งภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบถึงร้อยละ 60 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด⁽³⁾ จัดเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศฝั่งตะวันตกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรที่พัฒนาแล้ว⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยก็พบได้เช่นเดียวกันและนับวันก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นเพราะโรคอัลไซเมอร์พบได้มากในผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมกัน (cognitive impairment) อย่างช้า ๆ แต่ถาวร ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และการดูแลตนเองในที่สุด⁽⁶⁾ อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งเกิดได้ตลอดช่วงการดำเนินโรค เช่นในระยะแรกอาจมีปัญหาด้านบุคลิกภาพ เปลี่ยนไปจากเดิม หวาดระแวง หงุดหงิดง่าย แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการสื่อสาร

ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลเป็นอย่างดี⁽⁷⁾

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อาการผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมซ้ำ ๆ อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว อาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอนและอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น อาการบางอย่างพบได้ถึงร้อยละ 90 อาการผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองรวมถึงญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย⁽⁸⁾

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่พบว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน⁽⁹⁾ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความรู้สึกกับผลกระทบต่อผู้ดูแลว่าเป็นภาระต่อตนเอง

ภาระ (burden) หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพร่างกาย ชีวิตในสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการดูแล⁽¹¹⁾

ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาระการดูแลที่หนักมาก⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Papastavrou และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูงถึง 68.02% และมีอาการซึมเศร้า 65%

หากภาระของผู้ดูแลมีมาก ผู้ดูแลจะเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (burnout) จนรู้สึกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่อันแสนทรมาน ผู้ดูแลจะเกิดความสุขสบาย⁽¹⁴⁾ ความผาสุกของผู้ดูแลลดลง⁽¹⁵⁾ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลลดลง⁽¹⁶⁾ อันจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย ผู้ดูแลบางคนอาจละทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วย⁽¹⁷⁾ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันมีผลให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง⁽¹⁸⁾

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาถึงภาระการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยได้มีการศึกษาแล้วคือ สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า โดยรวมผู้ดูแลเกือบทั้งหมดคือ ร้อยละ 96.4 เกิดภาระจากการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่เป็นญาตินั้นรู้สึกถึงการเป็นภาระ ร้อยละ 94.9 และในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติพบว่า เกิดภาระขึ้นทุกคน ร้อยละ 100 แต่ว่าการศึกษาดังกล่าวศึกษามาแล้วเป็นเวลา 10 ปี ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และมีประเด็นที่ยังไม่ได้ศึกษาคือ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD) ที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิด

อัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
3. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือไม่
4. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐาน (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการ

การดูแลของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล โดยศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2554

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ปัจจัยของผู้ป่วยและปัจจัยทางสังคมประชากรของผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า อาจส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและการดูแลที่ได้จากการศึกษา และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแลเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การแสดงออกทางด้านอาการที่ผิดปกติที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากการสังเกตของผู้ดูแล ประกอบด้วย อาการหวาดระแวงและหลงผิด ประสาทหลอน การแสดงออกที่ผิดปกติ อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวลและหวาดกลัว จากการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) ซึ่งนันทิกา ทวีชาติ⁽²⁰⁾ ได้แปลมาจาก Reisberg⁽²¹⁾

2) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM IV - TR

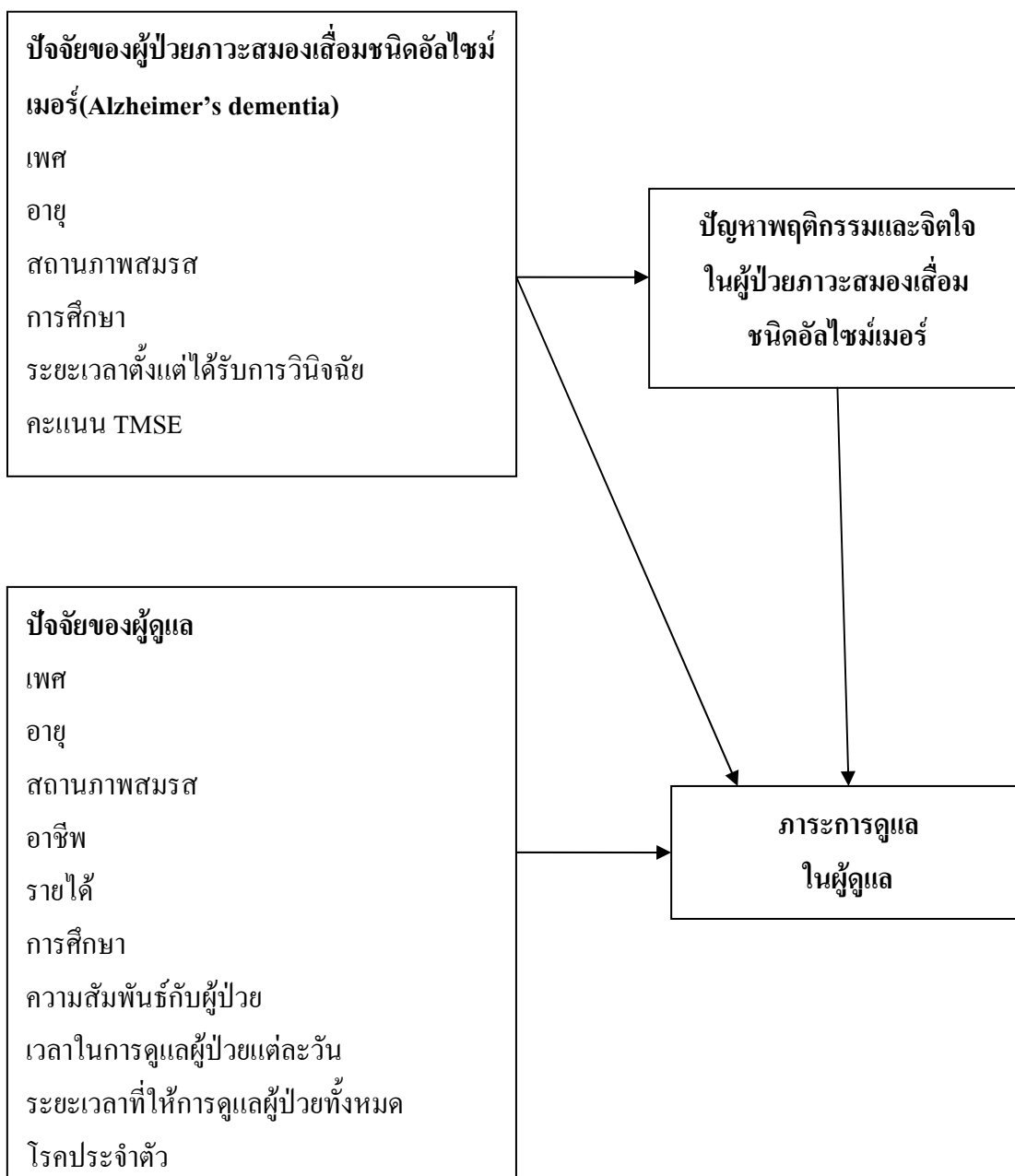
3) ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ภายในจิตใจของผู้ดูแลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากการศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Zarit Burden Interview, ZBI) ของ Zarit, Reeve & Bach⁽²²⁾ ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แพนคง⁽²³⁾ จำนวน 22 ข้อ และถือว่าผู้ที่มีภาระการดูแล ได้แก่ ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 21-88 คะแนน

4) ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ที่เป็นญาติและไม่ใช่วินิจฉัย ซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยประเมินจากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุด อาจจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล โดยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน โดยที่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 1 คนต่อผู้ดูแล 1 คน และหากผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่วินิจฉัยให้การดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมผู้วิจัยจะเลือกผู้ดูแลที่เป็นญาติเข้าร่วมการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ตัวแปรตาม (dependent variables)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
2. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และภาระการดูแล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิด อัลไซม์เมอร์และการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม
2. ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์
3. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม
5. ผู้ดูแล
6. การดูแล
7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
8. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อการดูแล

1. ภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

WHO⁽²⁴⁾ ได้ให้ความหมายของ ภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความเสื่อมอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถทางด้านสติปัญญาต่าง ๆ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมขณะที่มีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ และยังมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของตัวผู้ป่วยเอง

Lucilla⁽²⁵⁾ กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็น กลุ่มอาการทางระบบประสาทและจิตเวช ที่ผู้ป่วยเป็นโรคนี้จะมีการเสื่อมลงของระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง ทำให้สูญเสียความทรงจำ การรับรู้ที่ผิดปกติไปมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หน้าที่การทำงานของร่างกายเสื่อมลง

Harold⁽²⁶⁾ กล่าวว่า เป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยมีการสูญเสียหน้าที่และการทำงานของสมอง และมีการพบความผิดปกติ ในด้านภาษา ความจำ อารมณ์และบุคลิกภาพ รวมถึงการการคิดคำนวณและการคิดเชิงนามธรรม ที่ต้องผ่านการทดสอบทางระบบประสาท รวมถึงว่าภาวะที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นภาวะที่ไม่เป็นมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว

กัมมันต์ พันธุมจินดา⁽⁵⁾ และ เฉลิมชาติ วรรณพฤษ⁽²⁷⁾ กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมอง (cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด และความจำบกพร่องการตัดสินใจ ผิดพลาด หลงลืม ความคิดทางนามธรรมผิดปกติ กลุ่มอาการสมองเสื่อมจะประกอบด้วย การหลงลืมเหตุการณ์ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน หลงเวลา สถานที่ สับสนในเรื่องวัน เวลา บุคคล หลงขนาดและระยะทาง มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว ไม่สนใจร่างกายตนเอง และไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เนื่องจากไม่สามารถบันทึกไว้ในความทรงจำหรือมีปัญหาด้านภาษา เพราะไม่เข้าใจความหมายของคำพูดหรือข้อเขียนต่างๆ พูดซ้ำๆ ซากๆ และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้

สิรินทร์ ฉันทศิริกาญจน⁽²⁸⁾ กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่า ๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ไปเรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการอื่นที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม ร่วมกับมีอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม มักจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมเสียหน้าที่การเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ความจำเสื่อม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพได้

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนิยามใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV-TR) ดังนี้⁽²⁹⁾

มีความบกพร่องของความสามารถของสมองหลายส่วนซึ่งจะต้องมีอาการความจำเสื่อมและมีอาการอย่างอื่นอีกอย่างน้อย 1 อย่าง⁽³⁰⁾ ได้แก่

- 1) พูดไม่ถูก (aphasia) เรียกไม่ได้ เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก
- 2) ทำไม่เป็น (apraxia) ทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ทั้งที่เคยทำมาก่อน ทั้งนี้ประสิทธิภาพความรู้สึกรวมทั้งแขนขามีกำลังปกติ
- 3) ไม่รู้จัก (agnosia) ไม่รู้เรื่อง เช่น ไม่รู้จักคนในกระจก
- 4) มีความบกพร่องในเรื่องการบริหารจัดการ (disturbance in executive function) ได้แก่ ความคิดเป็นลำดับขั้นตอน เหตุผล การตัดสินใจ ความคิดเชิงนามธรรม เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะแต่งตัวอย่างไร ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะต้องเปลี่ยนแปลงจากระดับเดิมที่เป็นปกติและจะต้องรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งในด้านหน้าที่การงาน และสังคม และจะต้องแยกจากภาวะสับสนจับปล้น

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้มีการจำแนกแตกต่างกันออกไปในหลายลักษณะ แต่ที่ใช้กันเป็นมาตรฐานคือการจำแนกตามที่มาของสาเหตุ^(5,31)

- 1) สาเหตุปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสาเหตุที่มาจากความผิดปกติภายในเนื้อสมองซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น โรคพิก (Pick's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นต้น
- 2) สาเหตุทุติยภูมิ เป็นสาเหตุจากภายนอกเนื้อสมอง ได้แก่
 - โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดผิดปกติ (vascular dementia) เช่น เส้นเลือดตีบ ตัน ไม่มีเลือดใช้ในสมอง สมองตายเป็นหย่อม ๆ
 - สมองเสื่อมจากอุบัติเหตุที่สมอง เช่น ภาวะที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ หรือสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากการชกมวย
 - สมองเสื่อมจากความผิดปกติภายในสมองอื่น ๆ เช่น เนื้องอกในสมอง
 - สมองเสื่อมจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย
 - ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารบางชนิด เช่น การขาดวิตามินบี 12
 - การติดเชื้อในสมอง เช่น เชื้อเอชไอวี เชื้อรา เชื้อวัณโรค เชื้อพยาธิ เชื้อซิฟิลิส

- เกิดจากสารพิษและยา เช่น สุรา ยารักษาโรค เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า ยานอนหลับ ยาทางจิตเวชอื่น ๆ
- โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท

การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม^(5,29)

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ เราจำแนกความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ จะพบว่า ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ และยังสามารถตัดสินใจในเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตัวเองแต่เริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่งานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มาก อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง

ระดับที่ 2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค จะพบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ต้องมีผู้อื่นช่วย สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ และยังสามารถอันตรายถ้าไม่มีผู้คอยดูแลใกล้ชิด

ระดับที่ 3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค จะพบว่า ผู้ป่วยมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บกพร่องในการดูแลกิจวัตรของตนเองเป็นอย่างมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สูญเสียความจำอย่างมาก พุคไม่รู้อะไร ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเองได้ หรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่น ๆ อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ จนต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

2. ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เป็นชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเซลล์สมองเสื่อมสลายอย่างรุนแรงสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของสมองที่มองเห็นและประเมินได้ลดลง และหายไปหมดภายในระยะเวลา 5-6 ปี อาการและอาการแสดงของโรคที่ผิดปกติ ด้านความจำ พฤติกรรม อารมณ์ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อมโดยทั่วไป แต่ระยะเวลาการดำเนินโรคช้า เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น เช่น เนื้องอก หรือเชื้อซิฟิลิส

ลักษณะอาการที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์^(5,32)

ลักษณะทางเวชกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความแตกต่างกันไปแล้วแต่ปริมาณการเสื่อมของสมอง และการปรับตัวของผู้ป่วย โดยลักษณะที่เด่นมีดังนี้

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ เป็นความผิดปกติที่เด่นชัดและพบได้บ่อย โดยมีความบกพร่องในการตัดสินใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โดยความจำที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ใหม่ ๆ และความจำระยะสั้นจะสูญเสียไปในช่วงแรกที่เกิดความเจ็บป่วย เช่น ลืมชื่อญาติสนิท หรือลืมสถานที่หรือทางเข้าบ้าน เป็นต้น และจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้นโดยลักษณะดังกล่าว จะทำให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วย เนื่องจากรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ลักษณะดังกล่าวจะเริ่มแสดงอาการในระยะแรกของโรค โดยสามารถตรวจสอบได้ทางจิตประสาทวิทยา (neuropsychological) โดยผิดปกติทางภาษาของผู้ป่วย จะมีลักษณะดังต่อไปนี้

2.1 anomia คือ ลักษณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ในการเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ ในตอนแรกผู้ป่วยมักใช้การอธิบายเป็นประโยค เพื่อบรรยายลักษณะของสิ่งต่าง ๆ แทนการเรียกชื่อ ผู้ป่วยจำสิ่งของได้ แต่ไม่สามารถนึกชื่อขึ้นได้ เช่น กุญแจ ผู้ป่วยทราบว่าเป็นกุญแจ และสามารถใช้ได้ถูกต้อง แต่คิดว่ากุญแจไม่ออก

2.2 agnosia คือ ลักษณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำชื่อสิ่งต่าง ๆ ได้ คล้ายกับ Anomia แต่รุนแรงกว่า เนื่องจากสูญเสียความทรงจำในเรื่องของบุคคลด้วย เช่น ผู้ป่วยอาจคิดว่ามีดเป็นหวี และพยายามเอามีดมาหวีผม หรือนึกชื่อสิ่งของไม่ออก และไม่สามารถอธิบายถึงสิ่งของนั้นได้ เมื่อโรคดำเนินมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำบุคคลที่ไม่ได้พบเป็นเวลานาน และต่อมาก็ไม่สามารถจำบุคคลใกล้ชิดได้ เช่น ภรรยา ลูก

2.3 aphasia เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษาเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ได้ยินและไม่สามารถใช้การสื่อสารบอกสิ่งที่ต้องการได้ เช่น ต้องการเข้าห้องน้ำ หรือบอกความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องอาศัยการเดาสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อโรคดำเนินมากขึ้นผู้ป่วยจะพูดตามคำและคำถามที่ได้ยิน (echolalia) โดยไม่ได้ตอบคำถาม ต่อมาผู้ป่วยอาจพูดซ้ำตามเป็นคำ (parolalia) หรือพูดตามเฉพาะพยางค์แรกของคำซ้ำแล้วซ้ำอีก (logoconia) และในท้ายสุดผู้ป่วยก็จะไม่พูดอะไรเลย

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรู้ทิศทาง เวลา โดยจะออกมาในลักษณะไม่สามารถอ่านแผนที่ได้ หลงทาง การไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การหลับ การตื่น ผิดปกติ เช่น ไม่ยอมนอนกลางคืน หรือนอนกลางวันมากเกินไป

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด เนื่องจากสมองของผู้ป่วยถูกทำลายไป ซึ่งจะพบลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

4.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ โดยอาการดังกล่าวจะรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินของตนเองได้ อาจบริจาคเงินจำนวนมากโดยไม่สมเหตุสมผล

4.2 ความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรม การรับรู้ความเหมือนและความต่างของสิ่งของ สูญเสียความมีเหตุผล และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การคิดคำนวณ การแปลความหมาย หรือแม้แต่การเขียน

5. ความผิดปกติทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซม์เมอร์จะแสดงลักษณะไม่ใส่ใจตนเอง ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง แยกตนเอง มีอาการหงุดหงิด รวมทั้งมีอาการหวาดระแวง หลงผิดกลัวได้รับอันตราย หวาดระแวงกลัวคนขโมยของ หรือกลัวว่าคู่สมรสจะนอกใจ เป็นต้น ด้านอารมณ์ก็มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ป่วยจะเฉื่อยชา และซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งสร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ระวังสงสัยบุคคลรอบข้าง พูดคำหยาบ มีปฏิกิริยาต่ออาการหลงผิดและภาพหลอนได้ มีพฤติกรรมแปลก เช่น เก็บสิ่งของแปลก ๆ ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่เป็นที่ วงจรการนอนผิดปกติ เป็นต้น

6. ความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหว และทำหน้าที่ควบคุมการทำงานประสานกันระหว่างการเคลื่อนไหวและสายตา (apraxia) เป็นความผิดปกติอันเนื่องมาจากสมองถูกทำลาย จะเกิดในช่วงแรกของโรค โดยที่ผู้ป่วยและคนใกล้ชิดไม่ทันสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการดังกล่าวอาจยากในการบ่งบอก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถแต่งตัวได้ อาจเกิดจากปัญหาเกี่ยวกับความจำ และเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถเรียงลำดับขั้นตอนสิ่งที่จะต้องทำได้ว่าทำอะไรก่อนหลัง นอกจากนี้ ทักษะต่าง ๆ รวมถึงการเคลื่อนไหวอัตโนมัติอาจสูญเสียไป นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติในระยะหลังของโรค เช่น อาการเคลื่อนไหวช้า (parkinson's syndrome) อาการชัก และอาการกระตุก (myoclonus)

พยาธิวิทยาของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์⁽⁵⁾

ลักษณะพยาธิวิทยาของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ ประกอบด้วย

1. ลักษณะทางมหากายวิภาคศาสตร์ที่ผิดปกติ อาจพบสมองทั่วไปเหี่ยว แต่จะเป็นมากบริเวณสมองกลีบ fronto-parietal และ temporal การที่สมองทั่วไปเหี่ยวเกิดจากการเล็กลงหรือเหี่ยวของสมองส่วน neocortical และการเปลี่ยนแปลงใน white matter ซึ่งปรากฏให้เห็นในรูปของ leukoariosis ซึ่งอาจเป็นผลจาก amyloid angiopathy หรือการเสียชีวิตของ cortical neuron ทำให้ myelin ในบริเวณ subcortical เสียไป นอกจากนี้สมองเหี่ยวแล้วก็ยังมีโพรงสมองโตออก (hydrocephalus) โดยมี lateral ventricle และ third ventricle ขยายออก ส่วน cerebellum นั้นจะเหี่ยวลงได้ แต่ไม่

เด่นชัด บริเวณของสมองที่เกิดความผิดปกติก่อน มักจะเป็นบริเวณ hippocampus และ amygdala นอกจากนี้อาจพบร่องรอยของการตกเลือดใน subarachnoid เป็นหย่อม ๆ ซึ่งเชื่อว่า เป็นผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่เรียกว่า amyloid angiopathy

2. ลักษณะทางจุลทรรศน์กายวิภาคศาสตร์ที่ผิดปกติ

2.1 Amyloid หรือ senile plaque (SP) จะพบเป็น plaque-like ประกอบด้วย BA4 protein กระจุกกระจายทั่วไปบริเวณ cortical area และ subcortical nuclei ก้านสมอง cerebellar cortex และไขสันหลังหรือแม้แต่ในผิวหนังและทางเดินอาหาร ทำให้มีผู้เชื่อว่า สาเหตุของอัลไซเมอร์เป็นจาก BA₄ protein amyloidosis ของระบบประสาทกลาง จากการวิเคราะห์ BA₄ protein พบว่าเป็นสิ่งที่เหลือจากการสร้าง amyloid precursor protein (APP) โดยเซลล์ทุกชนิด แต่ neuron จะเป็นแหล่งสำคัญและโดยปกติ BA₄ และ APP จะไม่อยู่นอกเซลล์ การพบสารเหล่านี้ในรูปของ amyloid plaque แล้วยังพบ reactive astrocytosis, microglia และ phagocytosis บริเวณใกล้เคียง

2.2 Amyloid angiopathy ในบริเวณ leptomeninges, cortical arteries, capillaries และ venules ของเนื้อสมอง จะพบในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ amyloid ที่สะสมในหลอดเลือดนี้เป็น BA₄ protein เช่นเดียวกัน แต่จะพบในผนังหลอดเลือดบริเวณ basement membrane เป็นส่วนใหญ่ บริเวณของสมองที่พบมากได้แก่ บริเวณสมองกลีบ occipito-parietal การสะสมของ amyloid angiopathy จะไม่สัมพันธ์กับการสะสมของ amyloid plaque

2.3 Neurofibrillary change ได้แก่ neuritic plaque, neurofibrillary tangles (NFT) และ lipofuscin เป็นต้น

2.4 พยาธิสภาพอื่น ๆ ได้แก่ การเสื่อมสลายชนิด granulovacular, Hirano bodies จำนวน neuron ลดลง การเปลี่ยนแปลงของ glia cell

3. ความผิดปกติในระบบ neurotransmitter พบว่า ระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ระบบ cholinergic โดยเฉพาะส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด คือ choline acetyltransferase และบริเวณที่พบมีการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก ๆ คือบริเวณ nucleus basalis of Meynert ซึ่งจะพบ neuronal loss มาก และพบ NFT บ่อย ระบบ neurotransmitters อื่น ๆ ที่เปลี่ยนแปลงแต่ไม่เด่นเท่า คือ norepinephrine, serotonin ส่วน ระบบ peptidergic neuron ก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ทำให้มีการลดลงของ cortical somatostatin และ corticotrophin-releasing factor

4. การตรวจพบความผิดปกติในอวัยวะรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่อยู่นอกระบบประสาทส่วนกลาง เชื่อว่าเป็นผลตามมาของการเสื่อมในระบบประสาทส่วนกลาง เช่น optic nerve และ retinal ganglion cell degeneration การเปลี่ยนแปลงใน anterior olfactory nucleus, process ของ olfactory neurons การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่เกี่ยวกับการดมกลิ่นอาจเป็นแนวทางที่ช่วยในการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา เพราะอาจตรวจขึ้นเนื้อบริเวณนี้ได้

5. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนอกสมอง เช่น การพบ APP, BA₄ ในผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงในการทำงาน และโครงสร้างบางอย่าง ตลอดจนปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ของ erythrocyte, platelet, polymorphonuclear cell, lymphocyte หรือ fibroblast และการเปลี่ยนแปลงในระบบ neuroendocrine และ adrenal medulla

6. ความสัมพันธ์ของการตรวจพบทางพยาธิวิทยา การพบ amyloid plaque และ neurofibrillary tangle จะสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก ส่วนการพบ amyloid angiopathy อาจไม่สัมพันธ์กับ amyloid plaque หรืออาการทางสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม จะมีความแตกต่างของลักษณะทางพยาธิวิทยาในอัลไซเมอร์ ในผู้ป่วยแต่ละคน และในอัลไซเมอร์ที่เป็น sporadic, familial หรือ atypical ดังนั้น จึงได้มีการตั้งเกณฑ์การวินิจฉัยทางประสาทพยาธิวิทยาต่าง ๆ กันหลายเกณฑ์ ส่วนความผิดปกติหรือพยาธิสภาพในลักษณะอื่น ๆ หรือความผิดปกติของระบบประสาทนั้นจะช่วยเป็นแนวทางในการตรวจวินิจฉัย แต่จะมีความแม่นยำน้อยกว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาพื้นฐานของโรค

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์^(5,32,33)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่ได้มีการศึกษายืนยันกล่าวถึง 2 ประการ คือ

1. อายุ ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบในผู้สูงอายุ ดังนั้น อายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้มากขึ้น
2. มีประวัติของคนในครอบครัวป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ งานวิจัยมากมายได้แสดงถึง ความสัมพันธ์ของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในเครือญาติ โดยบุคคลที่มีพ่อแม่หรือพี่น้องเจ็บป่วยด้วยโรคนี มีโอกาสที่จะเกิดโรคสูงกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

นอกจากทั้ง 2 ปัจจัยดังกล่าว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่กำลังมีผู้ศึกษามากมาย โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคได้ เช่น

- เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย
- ระดับการศึกษา จากหลายการศึกษาแสดงผลว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระดับรายได้ความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ นักวิทยาศาสตร์ยังให้ความสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประเภทของการประกอบอาชีพที่มีการใช้สมองแตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์

- เศรษฐฐานะ โดยทั่วไป พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมอาจพบได้ในผู้ที่อยู่ใน เศรษฐฐานะต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุผลหลายอย่าง โดยเฉพาะการศึกษาที่ต่ำ ทำให้การตอบ แบบสอบถามต่าง ๆ ตลอดจนการตรวจการทำงานขั้นสูง (higher cortical functions) ทำได้ไม่ดี ทำให้อุบัติการณ์ดูเพิ่มขึ้นก็เป็นได้

- การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจุบันพบได้น้อยเพียงร้อยละ 2-15 โดยจากการศึกษาทาง ระบาดวิทยาของโรค พบมากในเพศชายที่ไม่มีประวัติครอบครัวยามีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ประชากรที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณ ศีรษะ ร้อยละ 5 จะมีประมารร้อยละ 2.5 เท่านั้น ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค

- Down's syndrome เป็นภาวะปัญญาอ่อน โดยจะมีลักษณะพยาธิวิทยาคคล้ายคลึงกับภาวะ สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และผู้ที่เป็นดาวน์ซินโดรมอาจเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้ในเวลาต่อมา ซึ่งจะพบได้ในช่วงอายุ 30-40 ปี ระยะเริ่มของโรคอาจเกิดในช่วงอายุ 30 ปี ซึ่งจะ เร็วกว่าประชากรทั่วไป

- อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อายุของมารดาที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ คือมารดาที่มีอายุน้อยหรือมากเกินไป คือ ต่ำกว่า 20 ปี และเกินกว่า 40 ปี โดย มารดากลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะคลอดก่อนกำหนด หรือบุตรมีภาวะปัญญาอ่อน

- การเปลี่ยนแปลงของยีนส์ โดยมากพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงบนโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่ง สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ แต่ลักษณะของ โรคเกิดจากเซลล์ในสมองตายทำให้สมองทำงานได้ไม่เต็มที่ การตายของเซลล์ในสมองดังกล่าวจะ เกิดก่อนการเริ่มสูญเสียความจำ โดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เพราะเซลล์ที่เหลือยัง สามารถทำงานแทนในส่วนของเซลล์ที่ตายได้

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการวินิจฉัยแยกโรค⁽⁵⁾

1. การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ อาศัยลักษณะทางเวชกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะ ไม่เป็นลักษณะจำเพาะ จึงจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะ คล้ายกันออกไป โดยเฉพาะโรคทางกายหรือโรคที่รักษาได้ ลักษณะทางเวชกรรมที่ช่วยในการ วินิจฉัยว่าไม่น่าจะใช่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คือ อาการสมองเสื่อมที่เป็นเร็ว มีอาการ ปวดศีรษะ มีอาการชัก อาการกระตุก (myoclonus) การควบคุมปัสสาวะผิดปกติ การเดินและ เคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดขึ้นเร็ว หรือลักษณะทางการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่เป็นเฉพาะ

ที่ไม่ว่าจะเป็นการเสียใน cortical functions หรือการเสียการทำงานอื่น ๆ ทางสมอง เฉพาะที่จะช่วยแยกโรคเฉพาะที่หรือ subcortical dementia syndrome อื่น ๆ ออกไป การตรวจที่ควรทำคือ CT scan, MRI, EEG, lumbar puncture ตรวจหาโรคติดเชื้อบางอย่าง เช่น HIV, ซิฟิลิส การตรวจเลือดหาโรคไทรอยด์ ภาวะขาดวิตามิน B12

2. โรคทางสมองเสื่อมที่มีอาการเสื่อมเฉพาะที่ (lobar degeneration) หลังจากทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วไม่พบรอยโรคเฉพาะอื่น ๆ นอกจากสมองฝ่อ อาจสับสนกับภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในระยะแรก แต่โรคเหล่านี้แม้จะมีการดำเนินโรครยะเวลานานขึ้น ลักษณะทางเวชกรรมของรอยโรคที่กระจุกกระจายก็ยังเป็นน้อยอยู่ โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ dementia of frontal lobe type (DFT), progressive aphasia, progressive apraxia หรือ agnosia, progressive upper limb apraxia with gait disturbance, progressive orofacial dyspraxia with loss of speech, progressive prosopagnosia, progressive visual disturbance โรคในกลุ่มนี้ลักษณะทางพยาธิวิทยาอาจมีลักษณะไม่จำเพาะ หรืออาจคล้ายภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

3. Subtypes of AD ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์สามารถจำแนกออกเป็นกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่มคือ Late-onset AD พบในคนอายุมาก (มากกว่า 65 ปี) มีอาการเสียความทรงจำร่วมกับการเสีย cognitive functions ทั่ว ๆ ไป มีอาการ aphasia, apraxia, agnosia (instrumental symptom) น้อย หรือไม่เด่น ผู้ป่วยมักมีอาการสับสน (confusional symptom เด่น) ลักษณะทางพยาธิสภาพไม่รุนแรง และมักมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมองร่วมด้วย ส่วนใน Early onset AD มักพบในคนอายุน้อย มี instrumental symptoms โดยเฉพาะ aphasia เด่น มี myoclonus และประวัติทางกรรมพันธุ์เด่นกว่ามีพยาธิสภาพที่รุนแรง พบความผิดปกติของ chromosome 21, platelet membrane fluidity, epinephric, cholinergic, somatostatin และ gamma-aminobutyric acid (GABA) เด่นกว่า

4. Overlap syndrome ในบางครั้งภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จะพบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ เช่น multi-infarct dementia, lobar degeneration, Lewy body disease, Parkinson's disease จำเป็นต้องอาศัยลักษณะทางเวชกรรมและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบได้ตั้งแต่วัยกลางคน แต่พบน้อยมากในกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยมากพบในผู้สูงอายุ ค่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยภายหลังวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 8-10 ปี มีลักษณะการดำเนินของโรค 3 ระยะ คือ⁽³⁴⁾

ระยะแรก (1-3 ปี) มีอาการสูญเสียความทรงจำที่ชัดเจน คือ การสูญเสียความจำระยะสั้น (short-term memory) ของผู้ป่วยมักจะมีคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกตและผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า การใช้คำต่าง ๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของเริ่มไม่ถูกต้อง (anomia) จนบางครั้งมีใช้คำอธิบายแทนหรือเรียกชื่อใหม่เอง (paraphasia) ความสามารถด้าน construction เช่น การวาดรูป หรือการถ่ายทอดภาพที่เห็นออกเป็นคำพูดไม่ค่อยได้ ระยะนี้เริ่มหลงทิศ หลงทาง ถ้าไปอยู่ในสังคมที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยในระยะนี้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้เป็นปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย แต่กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การคิดบัญชี รับ จ่าย การดูแลบ้าน จะมีความบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายอาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงที่พบได้ เช่น ท่าทางเฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ (awareness) ถึงความผิดปกติของตนเองซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่ 2 (2-10 ปี) ความจำเสื่อมมากขึ้นถึงขั้นจำสิ่งที่เพิ่งทำไม่ได้ เช่น รับประทานอาหารแล้วยังบอกว่าไม่ได้รับประทาน บ่นว่าของหายเพราะวางผิดที่ จำญาติที่ห่างออกไปไม่ได้ความจำเก่าเริ่มเสียด้านหลังไป การพูดจาจะยิ่งซ้ำและสั้น การพูดประโยคยาว ๆ จะไม่รู้เรื่อง ในระยะนี้การดูแลตนเองบกพร่องไม่ค่อยสนใจสุขลักษณะ เช่น การแปรงฟัน หวีผมหรือล้างหน้า การชำระร่างกาย หลังการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันยากลำบากมากขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ที่ไม่เป็นการขึ้นรถประจำทางไม่ถูก อาจมีอาการทางจิต เช่น ภาพหลอน หูแว่ว การตรวจร่างกายจะพบความผิดปกติทาง motor system อาจพบความผิดปกติในการตรวจ computer scan สมองหรือตรวจคลื่นสมอง

ระยะที่ 3 (3-12 ปี) เป็นระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยสูญเสียความจำจนไม่สามารถจดจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อหรือจำตัวเองไม่ได้ว่าเคยเป็นใครมาก่อน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่รู้จักการเคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่าย ไม่สามารถพูดได้หรือพูดเป็นคำ ๆ ตามคนอื่น ผู้ป่วยบางรายนอนติดเตียง แขน ขา งอเกร็ง ต้องได้รับการดูแลทุกอย่างจนกระทั่งเสียชีวิต

จะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมทำให้นักคนสูญเสียความสามารถหลาย ๆ ด้าน โดยมีการสูญเสียความจำเป็นอาการเด่น และเมื่ออาการดำเนินไปเรื่อย ๆ ยิ่งทำให้สูญเสียความสามารถมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งความคิด เชาวปัญญา การตัดสินใจ รวมทั้งความสามารถในการสื่อสาร และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองในที่สุด แนวโน้มการพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น

การรักษา

ถึงแม้ว่ามีความก้าวหน้าทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมยังไม่ทราบแน่ชัด ทำให้การป้องกันและการรักษานั้นยังไม่ประสบความสำเร็จ ยาที่มีอยู่ในปัจจุบันใช้เพื่อชะลอการดำเนินไปของโรคเท่านั้น ส่วนยาตัวอื่น ๆ ที่คาดว่าจะใช้เป็นยารักษานั้นกำลังอยู่ในขั้นการค้นคว้า ดังนั้นแนวทางในการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ประการใหญ่ ๆ คือ⁽⁶⁾

1. การรักษาโดยการให้ยา (pharmacological) ได้แก่

1.1 การให้ยาเพื่อรักษาตามอาการ เนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมเกิดจากการขาดสารเคมี acetylcholine จึงมีการให้ยาเพื่อเพิ่ม acetylcholine ได้แก่

1.1.1 Donepezil เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์ต่อ acetylcholinesterase ในสมองมากขึ้น มีผลข้างเคียงต่อดับและอวัยวะอื่นน้อย

1.1.2 Rivastigmine เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์คล้าย Donepezil ยานี้มีผลดีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

1.2 การให้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น

1.2.1 ยาด้านอนุมูลอิสระ เนื่องจากอนุมูลอิสระมีส่วนในการทำลายเซลล์สมองเป็นอย่างมาก ดังนั้นการให้ยาในกลุ่มนี้เพื่อชะลอความเสื่อมทางสมองในผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งได้แก่ Vitamin E และ selegiline

1.2.2 เอสโตรเจน estrogen โดยเชื่อว่ามีบทบาทในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับ estrogen ทดแทนมีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

1.2.3 ยาด้านการอักเสบ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาสนับสนุนว่ายาด้านการอักเสบช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อมได้

1.2.4 สมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ยังไม่พบกลไกการออกฤทธิ์แน่ชัด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้มานาน 1 ปี มีอาการทางสมองดีขึ้นเล็กน้อย

1.2.5 Vaccine ปัจจุบันพบว่าการฉีดวัคซีนป้องกันการสร้าง amyloid protein ในสัตว์ทดลองสามารถยับยั้งการเกิดพยาธิสภาพการเกิดสมองเสื่อม ซึ่งเป็นความหวังในการผลิต vaccine ในมนุษย์ในอนาคต

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological)

เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการให้ยา (pharmacological) เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาภาวะสมองเสื่อม การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ ซึ่งจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการ

เรียนรู้ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปตามระยะเวลาดำเนินของโรค การรักษาโดยไม่ใช้ยาจำเป็นต้องทำ ความเข้าใจกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่องขีดจำกัด และความสามารถในการรับรู้ การ เรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การฝึกการสอนผู้ป่วยต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทนและ ความพยายามมากเป็นพิเศษ

หลักการรักษาแบบไม่ใช้ยา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลแบบไม่ใช้ยา ซึ่งการรักษาแบบไม่ใช้ ยา มี 4 วิธี ได้แก่⁽³⁵⁾

2.1 การส่งเสริม เป็นการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง สร้างความภาคภูมิใจที่เหมาะสม ไม่ใช้ความรำคาญโดยไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำอะไรด้วยตัวเองเลย นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมและดูแล สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจสร้างความเครียดแก่ ผู้ดูแล ดังนั้นการให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

2.2 การกระตุ้นที่เหมาะสม การกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป อาจจะทำให้ผู้ป่วยเครียด เกิด ปัญหาทางอารมณ์ตามมา การหาสิ่งกระตุ้นหรือเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เป็นสัญลักษณ์เพื่อกระตุ้นหรือ รักษากิจกรรมที่จำเป็นให้คงอยู่ เช่น การแต่งตัว การติดต่อดูสาร อาจต้องใช้สัญลักษณ์หรือภาษา ภาษามากกว่าคำพูด

2.3 ข้อควรปฏิบัติ การค้นหาและใช้ทักษะที่ผู้ป่วยยังพอมืออยู่ให้เป็นประโยชน์ เช่นบางคนยัง คิดเลขได้ ขับรถได้ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการแก้ไขการรับรู้ที่บกพร่อง เช่น การมองเห็นการได้ยิน ตลอดจนการปรับปัญหาพฤติกรรมโดยใช้หลักการ ABC⁽³⁶⁾ คือ

A = Antecedent การหาสาเหตุการเกิดปัญหาพฤติกรรม

B = Behavior การสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ

C = Consequence ผลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2.4 ข้อควรหลีกเลี่ยง ควรหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ทางคำพูด อารมณ์ พยายามรักษาความมี คุณค่าในตนเองของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ซับซ้อนและมากเกินไป และ หลีกเลี่ยงการให้ทางเลือกในการตัดสินใจหลาย ๆ ทางแก่ผู้ป่วย

ซึ่งจะเห็นได้ว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทั้งรูปแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่ง เป็นวิธีการรักษาที่ต้องใช้ควบคู่กันไป โดยเฉพาะการรักษาโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ดูแลมีบทบาทในการ ช่วยเหลือเพื่อช่วยส่งเสริมให้มีการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและ ผู้ดูแล

3. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)

ความหมายของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

International Psychogeriatric Association ให้ความหมายของ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD) หมายถึง อาการความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน⁽³⁰⁾ กล่าวว่า ปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง อาการผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การแสดงทางพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การแบ่งกลุ่มอาการ (Symptom cluster) ของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม⁽³⁷⁾

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม และจัดกลุ่มของอาการไว้หลายแบบ ได้แก่

1. แบ่งตามจิตพยาธิสภาพ เช่น อาการซึมเศร้า อาการโรคจิต
2. แบ่งตามหน้าที่การทำงาน เช่น ความผิดปกติของการนอน
3. แบ่งตามพฤติกรรมที่แปรปรวนไป เช่น ทูบตี เดินหลงไปโดยไม่มีจุดหมาย
4. แบ่งตามอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจ⁽³⁸⁾ ดังนี้

4.1 อาการทางด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่

4.1.1 การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (wandering) เป็นหนึ่งในอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ป่วยมารับการรักษา ลักษณะอาการเช่น เดินหาข้าวของ เดินไปมา เดินไม่มีจุดหมาย พยายามหนีออกจากบ้าน อาการเหล่านี้พบได้ตั้งแต่วัยละ 3-53

4.1.2 อาการกระวนกระวาย (agitation) แสดงออกมาในลักษณะของการกรีดร้อง หรือพฤติกรรมและการพูดไม่เหมาะสม ซึ่งต้องแยกจากอาการสับสนและการทำเมื่อถูกขัดใจ ลักษณะก้าวร้าว กระวนกระวาย พบได้ร้อยละ 16-64 ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มอาการ ได้แก่

- ไม่มีอาการก้าวร้าวทางร่างกาย (physically non-aggressive) เช่น นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่าง ๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล เช่น ถุงพลาสติกที่เก็บตามถนน อาการพลุ่งพล่าน การแต่งกายอย่างไม่ถูกกาลเทศะ การมีกรีธาท่าทางแปลก ๆ

- มีอาการก้าวร้าวทางกาย (physically aggressive) พบร้อยละ 14 โดยเฉพาะผู้ป่วยชายที่มีอาการมาก เช่น การหยิก กัด ทบตี ประทุษร้ายคนรอบข้างและผู้ดูแล

- ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (verbally non-aggressive) มักพบในผู้ป่วยหญิงที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น การพูดจาซ้ำ ๆ การเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้าง การพูดตะกุกตะกัก คำพูดที่ต่อต้านผู้ดูแล

- มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (verbally aggressive) พบร้อยละ 28 เช่น ร้องเสียงกรี๊ดคำทอ ทำเสียงแปลก ๆ และยังพบว่า ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมแบบอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้ป่วยได้ง่าย

4.1.3 การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (catastrophic reaction) ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด ก้าวร้าว รุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ทำร้าย พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ซึ่งพบร้อยละ 38 ของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ระยะแรกหรือปานกลาง

4.1.4 อาการบ่นว่า บางครั้งผู้ป่วยอาจบ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผล หรือเกิดจากอาการหลงผิด ผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจจะรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกกล่าวหา อาจส่งผลให้มีปฏิกิริยาโต้ตอบที่รุนแรงกลับไปได้

4.1.5 การขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) ผู้ป่วยอาจสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยขาดการยับยั้งชั่งใจ และไม่ทราบว่าการกระทำนั้นไม่เหมาะสม เช่น ร้องไห้หรือดีใจมากผิดปกติ พูดจាក้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ทำลายข้าวของ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ยุ่งวุ่นวายกับผู้อื่น พฤติกรรมเหล่านี้นอกจากสร้างความลำบากให้กับผู้ดูแลแล้วยังอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วย และพฤติกรรมทางเพศมักเกิดในผู้ป่วยชาย เช่น พูดจาเกะกะ โลมหรือถูกเนื้อต้องตัวผู้ดูแลหญิง ปัญหานี้พบได้ร้อยละ 5

4.1.6 การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ อาจพบพฤติกรรมที่รับประทานอาหารผิดปกติ เช่น รับประทานอาหารตลอดเวลา เพราะคิดว่ายังไม่ได้รับประทาน ทั้งนี้เป็นเพราะการหลงลืม ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 40

4.1.7 การเอาแต่ใจ (intrusiveness) ผู้ป่วยจะมีลักษณะเอาแต่ใจ ไม่อดทนรอ เรียกร้อง และบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ ยุ่งวุ่นวายเกี่ยวกับผู้อื่นโดยไม่รู้จักกาลเทศะ พบลักษณะนี้ได้ร้อยละ 41-67

4.1.8 การปฏิเสธต่อต้าน (negativism) ผู้ป่วยคือดิ่งและปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อย

4.2 อาการทางด้านจิตใจ (psychological symptoms) ได้แก่

4.2.1 อาการหลงผิด (delusion) พบได้ประมาณร้อยละ 10-73 อาการหลงผิดที่พบบ่อยคือแบบ paranoid delusion ได้แก่ เชื่อว่ามีคนในบ้านมาขโมยเงินทองหรือสิ่งของของผู้ป่วยไป ปัญหาหนึ่งส่วนหนึ่งเริ่มจากที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำระยะสั้น ทำให้เวลาวางเงินหรือสิ่งของแล้วจำไม่ได้ว่าวางไว้ บ่อย ๆ เข้าจึงเชื่อว่ามีโจรหรือคนในบ้านขโมยไป ร้อยละ 17 คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน บางรายหลงผิดคิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนที่ตนเองรู้จัก บางรายอาจพูดกับตนเองในกระจกเพราะคิดว่าเป็นอีกคนหนึ่ง บ้านที่อยู่อาศัยอยู่ไม่ใช่บ้านของตนเอง คู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นปลอมตัวมา ญาติวางแผนจะทิ้งตน และคู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน คู่ครองมีชู้ อาการหลงผิดที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา

4.2.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) พบได้ร้อยละ 14-49 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสาทหลอนทางการมองเห็น (visual hallucination) พบได้บ่อยที่สุดและมักจะพบในระยะกลางของการป่วย ผู้ป่วยมักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง ผู้ป่วยจะบอกลูกหลานว่าเห็นคนบุกรุกในบ้าน หรือเห็นเด็ก สัตว์ที่ไม่เคยมีในบ้านมาอยู่ในบ้าน บางครั้งอาจบอกว่าเห็นคนที่รู้จักในอดีต เช่น พ่อแม่ พี่น้องของผู้ป่วยที่ตายไปแล้วมาหา ส่วนประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) พบรองลงมา ได้แก่ หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย มีเสียงคนขู่จะมาทำร้ายผู้ป่วยได้

4.2.3 อาการซึมเศร้า (depression) พบได้ร้อยละ 10-20 ของ Alzheimer's dementia (AD) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรกอาจมีอาการซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป ซึ่งสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยบ่นว่า มีอารมณ์เศร้า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ พูดถึงเรื่องความตาย

4.2.4 อารมณ์ไร้อารมณ์ เฉยชา (apathy) พบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยระยะต้นและกลาง ผู้ป่วยอาจมีอาการ เช่น ไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง และขาดความริเริ่มในเรื่องต่าง ๆ

4.2.5 อาการวิตกกังวล (anxiety) มักจะพบในระยะแรก ๆ ของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้ป่วยรู้ว่าความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้งจึงมักเรียกหาผู้ดูแลเวลาอยู่ตามลำพังคนเดียว อาการวิตกกังวลอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในคนหมู่มาก หรืออยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

4.2.6 ปัญหาการนอน (sleep problems) พบได้ร้อยละ 22 โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ ผู้ป่วยมักไม่ยอมนอนในตอนกลางคืน จะลุกมาเดินง่วนในบ้านหรือเดิน

ออกนอกบ้าน เนื่องจากมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล จึงเป็นปัญหาอย่างมากกับญาติหรือผู้ดูแล

สาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม⁽³⁹⁾

1. ความจำไม่ดี
2. มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ท้องผูก ทางเดินปัสสาวะอักเสบ
3. พยาธิสภาพทางสมองของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้แสดงอาการทางจิตเวช
4. เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกที่สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อม

การประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม⁽³⁹⁾

ประเมินจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ อุบัติ่ก่อก่อนป่วย และการทำกิจวัตรประจำวัน (activity daily living) อาการหลายอย่างมักจะหายได้เอง การรักษามักจะอาศัยหลัก psychosocial treatment มาก่อน pharmacological treatment ซึ่งอาการของ dementia นอกจากแสดงออกทางด้านความจำ และ cognition อื่นๆ แล้ว ยังแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลที่ต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้

1. Revised Memory and Behavioral Problem Checklist สร้างขึ้นโดย Teri และคณะ⁽⁴⁰⁾ ซึ่งเป็นการประเมินความถี่ของการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ปัญหาด้านความจำ และผลกระทบของปัญหาด้านพฤติกรรมต่อผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.87

2. Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) ซึ่ง นันทิกา ทวีชาชาติ⁽²⁰⁾ แปลมาจาก Reisberg⁽²¹⁾ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. ลักษณะอาการ ได้แก่ อาการหวาดระแวงและหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว แบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป ความวิตกกังวลและความหวาดกลัว 2. เป็นการประเมินในภาพรวม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.96

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

เพศ

อิงใจ จันทมูล⁽⁴¹⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมและเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย

วันเพ็ญ เชาว์เชิง⁽⁴²⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยเพศหญิงมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย

ศิริชัย คาริการ์นนท์⁽⁴³⁾ ทำการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเพศหญิงมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย

มาโนช ทับมณี⁽⁴⁴⁾ ทำการศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

อายุ

อิงใจ จันทมูล⁽⁴¹⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมและเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่า

วันเพ็ญ เชาว์เชิง⁽⁴²⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยอายุสูงจะมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่า

มาโนช ทับมณี⁽⁴⁴⁾ ทำการศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความซึมเศร้าได้มากกว่า

สถานภาพสมรส

อิงใจ จันทมูล⁽⁴¹⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า โดยสถานภาพสมรสหย่าจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม และสถานภาพสมรสโสด หย่า แยกกันอยู่ หม้าย จะมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่า

ศิริชัย ดาริการ์นนท์⁽⁴³⁾ ทำการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

มาโนช ทับมณี⁽⁴⁴⁾ ทำการศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษา

Mangone และคณะ⁽⁴⁵⁾ ศึกษา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมในละตินอเมริกา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยพบว่าผู้สูงอายุในละตินอเมริกามีจำนวนมากที่ไม่รู้หนังสือและได้รับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี ซึ่งมีผลต่อการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว และพบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยได้มากกว่า

อิงใจ จันทมูล⁽⁴¹⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า โดยการไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า

วันเพ็ญ เชาว์เชิง⁽⁴²⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับ อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาต่ำมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่า

ศิริชัย ดาริการ์นนท์⁽⁴³⁾ ทำการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ระยะเวลาที่เป็นโรค

Robinson และคณะ⁽⁴⁶⁾ ทำการศึกษาปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยอัลไซเมอร์และผลกระทบ

ต่อผู้ดูแล พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของโรค เช่น ปัญหาพฤติกรรมการเดินหลงไปโดยไม่มีจุดหมายจะมีความสัมพันธ์กับระยะที่สองของการดำเนินโรค

คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE)

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นแบบคัดกรองและตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมอง ในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ ด้านความจำ สมาธิ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ ซึ่งพัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ศิริราชพยาบาล⁽⁴⁷⁾ โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คือ ผู้ที่มีคะแนน TMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องทางสมรรถภาพสมอง และผู้ที่คะแนนตั้งแต่ 24 ขึ้นไป หมายถึง มีสมรรถภาพสมองปกติ

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับ คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย กับ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แต่มีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับคะแนนของแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (The Mini-Mental State Examination, MMSE) ดังนี้

จากการศึกษาของ Fernández และคณะ⁽⁴⁸⁾ พบว่า คะแนนของแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (The Mini-Mental State Examination, MMSE) มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางสติปัญญาและปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย

Guk-Hee และ Seung Kyum Kim⁽⁴⁹⁾ พบว่า คะแนน MMSE มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยที่มีคะแนน MMSE ต่ำ จะพบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยได้มากกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

Guk-Hee และ Seung Kyum Kim⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อย่าง และร้อยละ 56 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 4 อย่างหรือมากกว่า โดยปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ การทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย พบถึงร้อยละ 55 ปัญหาพฤติกรรมพบมากในผู้ป่วยที่

มีระดับความรุนแรงของโรคปานกลางหรือรุนแรง และพบว่าความถี่ของการเกิดปัญหานั้นพบมากในผู้ป่วยที่กลับมารักษาตัวที่บ้าน และไม่ได้เข้ารับการรักษาใด ๆ

Eker และ Ertan⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมในแถบตะวันออกเฉียงใต้ และตะวันออกเฉียงกลาง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อย่าง โดยพบว่ามีปัญหาหลงผิดและการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากที่สุด โดยพบร้อยละ 43

Ikeda และคณะ⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 88.3 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อย่าง ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ อารมณ์ไร้อารมณ์ เฉยชา พบร้อยละ 56.7

Fernández และคณะ⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาถึงปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสมรรถภาพสมอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การขาดสมาธิ พบร้อยละ 56 , การสิ้น พบร้อยละ 56 รองลงมาคือ มีอาการซึมเศร้า พบร้อยละ 44, การไม่ให้ความร่วมมือ พบร้อยละ 36 และมีอาการหลงผิด พบร้อยละ 32

การรักษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม⁽⁵²⁾

การรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ควรเป็นไปในการป้องกันหรือเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นมาได้ แต่ถ้าอาการดังกล่าวเป็นมากขึ้นจนส่งผลทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแล การรักษาด้วยการใช้ยาก็จะสามารถช่วยควบคุมอาการเหล่านี้ได้บ้าง ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

1. การรักษาโรคโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) การรักษาวิธีนี้จัดเป็นการรักษาอันดับแรกก่อนที่จะเริ่มให้การรักษาด้วยยา ในการรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจที่มีอาการไม่มาก และไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากนัก มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบๆ ผู้ป่วยให้เหมาะสมและเรียบง่าย และพยายามให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ตัวอย่างเช่น จัดบ้านให้อุณหภูมิเย็นสบาย ให้อยู่ในสภาพที่คุ้นเคยเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการหลงผิดคิดว่าเป็นบ้านคนอื่น หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการก้าวร้าว หงุดหงิด พยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย หันไปคุยเรื่องอื่นเพื่อช่วยลดอาการถามซ้ำๆ ใส่กุญแจรั้วบ้านข้างใน จัดแยกเสื้อผ้าให้เพื่อป้องกันอาการหลงผิดว่าเป็นเสื้อผ้าคนอื่น จัดเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกัน urinary incontinence นอกจากนี้ผู้ดูแลจะต้องทำการประเมินผู้ป่วยซ้ำบ่อยๆ เพราะถ้ามีอะไรผิดปกติไปจากเดิมจะได้ทราบและปรึกษาแพทย์เพื่อหาทางป้องกันหรือรักษาต่อไป

2. การรักษาโดยการให้ยา

จะมีการให้ยาเมื่ออาการทางพฤติกรรมรุนแรงมากจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล และเป็นอันตรายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันยาที่ได้รับการรับรองว่าสามารถช่วยลดอาการทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ cholinesterase inhibitors (CHETs) และยาโรคจิตและโรควิตกกังวล (psychotropic drugs) โดยยาในกลุ่ม CHETs ทุกตัวช่วยลดอาการทางพฤติกรรมบางอย่างในผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับยาหลอก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับยาในกลุ่ม CHETs หรือยังมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ ควรพิจารณาให้ยาในกลุ่ม psychotropic drugs และ antidepressant เพื่อระงับอาการ

5. ผู้ดูแล

ผู้ดูแล (caregivers) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเจ็บป่วย ความพิการหรือการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเกิดความต้องการในการดูแลรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง⁽⁵³⁾ และผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะเป็นผู้ที่รับบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska and DiClemente⁽⁵⁴⁾ กล่าวถึงการที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้เป็นเป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง คงที่เมื่อได้รับรู้และเรียนรู้ในบทบาทนั้นๆ เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน ดังนั้นในการศึกษาบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในครั้งนี้ จึงได้ศึกษาผู้ดูแลที่บทบาทของผู้ดูแล และมีประสบการณ์การปฏิบัติกรดูแลต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน⁽⁵⁵⁾

ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลสามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทคือ⁽⁵⁶⁾

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

Horowitz⁽⁵⁷⁾ ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตของความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและให้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษาหรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า เป็นต้น

6. ภาระการดูแล

ในการศึกษาภาระนั้นมิใช่ผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน สามารถสรุปได้ ดังนี้

Zarit, Todd & Zarit⁽¹¹⁾ กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต (extent) ที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะทางเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

Oberst⁽⁵⁸⁾ ให้ความหมายภาระการดูแลว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแล และจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Thompson และคณะ⁽⁵⁹⁾ กล่าวถึงภาระว่า เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประเมินสถานการณ์ในการดูแลหากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการ

ดูแลและมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมากจะทำให้เกิดภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตัวเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก

Gwyther & George⁽⁶⁰⁾ ให้ความหมายว่า เป็นความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง

Chesla⁽⁶¹⁾ กล่าวว่า ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เป็นการเผชิญความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช โดยภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการประเมินปัญหาโดยครอบครัวจากการที่ต้องอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ ความเคียดแค้นความอับอายและความขุ่นเคือง รวมทั้งความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง จากการทำหน้าที่ต้องมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นภาระที่ไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การพักผ่อนในยามว่างของครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านด้วย

Pai & Kapur⁽⁶²⁾ ที่ศึกษาถึง ภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช กล่าวถึงภาระว่า เป็นปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (objective burden) ที่สามารถประเมินได้ชัดเจนได้แก่ การรบกวนเวลาส่วนตัว การรบกวนด้านเศรษฐกิจ รายได้ หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และภาระในเชิงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล (subjective burden) ทำให้รู้สึกทุกข์ใจ วิตกกังวล

Thomson, Doll⁽⁶³⁾ และ Montgomery และคณะ⁽⁶⁴⁾ กล่าวว่า ภาระการดูแล หมายถึง ผลลัพธ์จากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล และเป็นการตอบสนองต่อกิจกรรมการดูแลเป็นรายบุคคล โดยการพิจารณาภาระการดูแลของผู้ดูแลนั้นควรแยกเป็น 2 มิติ ได้แก่

1. ภาระเชิงวัตถุวิสัย (objective burden) เป็นภาระที่สามารถสังเกตเห็นได้ เป็นการพิจารณาในลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือขัดขวางวิถีชีวิตของผู้ดูแล

2. ภาระเชิงจิตวิสัย (subjective burden) เป็นภาระที่สังเกตเห็นไม่ได้ เกิดจากความรู้สึกทัศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์

Oberst และคณะ⁽⁶⁵⁾ กล่าวว่า ภาระการดูแล หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่แสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลกระทำ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ความรู้สึกเป็นภาระเชิงวัตถุวิสัย เป็นความรู้สึกถึงกิจกรรมที่เป็นงานในการดูแลผู้ป่วย โดยวัดได้จากปริมาณความต้องการการดูแล (ปริมาณกิจกรรม) ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ หรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ความต้องการการดูแลหรืองานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบมีหลายประการ ดังนี้

1.1 ความต้องการการดูแลโดยตรง ทั้งทางร่างกาย (physical support) และทางอารมณ์จิตใจ (emotional-psychological support) อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะทางอารมณ์ และความบกพร่องทางความคิด ประกอบด้วย

1.1.1 การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลในเรื่องส่วนตัว ได้แก่ การรักษาความสะอาด การรับประทานอาหาร จัดสภาพแวดล้อมในการดูแลให้เหมาะสมต่อการดูแล ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น จัดสภาพแวดล้อมให้มีความสะอาด โลงไม้ลิ้น ไม้ค้ำแคบ ระบายอากาศได้ดี เป็นต้น รวมถึงการเตรียมสิ่งของต่าง ๆ เช่น เครื่องใช้ ที่นอน หมอน เสื้อผ้า เป็นต้น

1.1.2 การดูแลทำกิจกรรมตามแผนการรักษา เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้อาหาร รับประทาน เป็นต้น

1.1.3 การดูแลให้กำลังใจ ปลอบใจ ประคับประคองจิตใจให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คอยอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

1.2 การดูแลระหว่างบุคคล เป็นบุคคลกลางในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือองค์กรทางสุขภาพอื่น ๆ เพื่อประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ

1.3 การดูแลทั่วไป เป็นการดูแลอื่น ๆ ได้แก่ รับผิดชอบดูแลงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้าน รับประทานการรักษาและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

2. ความรู้สึกเป็นภาระเชิงจิตวิสัย เป็นเจตคติ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย วัดได้จากความยากลำบากในการดูแล หรือความพยายามของผู้ดูแลที่ต้องใช้ในการดูแล

Schene, Tessler และ Gamache⁽⁶⁶⁾ ได้กล่าวว่าสามารถประเมินผลของภาระตามสถานการณ์ของผู้ดูแลได้จาก 4 มุมมอง คือ

มุมมองที่ 1 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย ได้แก่ การประเมินตามสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย จากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย จากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

สรุปได้ว่า การดูแล หมายถึง ปัญหาความยากลำบากที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย หรือเป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกต่อบทบาทที่รับผิดชอบว่ามีผลกระทบต่อตัวเองและผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผลกระทบต่อผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นจะส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งในด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1.1 ความเครียด

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินรัตน์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความเครียด ร้อยละ 52.9

1.2 ความวิตกกังวล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย⁽⁷⁰⁾ อาการของผู้ป่วยและอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Schoenmakers⁽⁷¹⁾ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 85.9

1.3 อารมณ์เศร้า

เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลจะรู้สึกเหมือนสูญเสียญาติสนิทหรือสามีภรรยาของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เพราะผู้ป่วยระยะหลังจะไม่สามารถจำผู้ดูแลได้ ไม่สามารถกระทำการต่าง ๆ ที่เคยทำได้ด้วยตนเอง มีนิสัยและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีอารมณ์หุนหัน รุนแรง ทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

1.4 ความรู้สึกผิด (guilt)

เพราะบางครั้งผู้ดูแลจะทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้หลังจากเหตุการณ์ผ่านไปแล้ว ผู้ดูแลจะรู้สึกผิด

1.5 ความโกรธ (anger)

ผู้ดูแลอาจรู้สึกโกรธตัวเอง โกรธผู้ป่วยหรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

1.6 ความรู้สึกอับอาย (embarrassment)

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้บางครั้งผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

1.7 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely)

ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

2.1 ปวดหลัง

พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 60 มีอาการปวดหลังเนื่องมาจากการยกหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกวิธี และเกินกำลังของตนเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากจิตใจ (psychosomatic) ที่มีสาเหตุมาจากความเครียดด้วย

2.2 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีการถูกรบกวนการนอนหลับถึงร้อยละ 46 ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสมจินต์ และสมฤดี⁽⁷²⁾ ที่ศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้แก่ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากการนอนน้อยลง

2.3 มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น

เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ และเนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาพบแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอทำให้โรคประจำตัวที่เป็นอยู่อาจมีอาการกำเริบได้ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 32 จะมีโรคความดันโลหิตสูง

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่พบได้ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน

มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียดสลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

3.2 รายได้ลดลง

เมื่อผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงาน ย่อมส่งผลกระทบต่อรายได้ เกิดการสูญเสียรายได้และบางรายอาจเป็นหนี้เพิ่มขึ้นอีกด้วย

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีการบริหารจัดการไม่ดี อาจทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีปัญหา อาจมีการผิดถั่วการดูแล ค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือ รายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวอาจก่อให้เกิดปัญหาไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rockwell และคณะ⁽⁷³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะหลงผิดในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ ซึ่งพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นพบได้บ่อยว่า ส่งผลให้เกิดการขัดแย้งภายในครอบครัว และทำให้ครอบครัวแตกแยกได้

7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล

ปัจจัยของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล

เพศ

Papastavrou และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาภาระการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ปัจจัยของผู้ดูแลคือ เพศ มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยเพศหญิงมีภาระการดูแลมากกว่าเพศชาย

Burns⁽⁷⁴⁾ ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม และภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า เพศของผู้ดูแลเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแล โดยเพศหญิงมีภาระการดูแลมากกว่าเพศชาย

Moraes และ Silva⁽⁷⁵⁾ ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล โดยเพศหญิงมีระดับภาระการดูแลมากกว่า

อายุ

Gaynor⁽⁷⁶⁾ พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะเกิดภาวะมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก

Tomatore และ Grant⁽⁷⁷⁾ ศึกษาเรื่องภาวะในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วย พบว่า ภาวะในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าจะเกิดภาวะมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า

Andren และ Elmstahl⁽⁷⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ สุขภาพของผู้ดูแล และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในศูนย์ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า จะมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลระดับสูงกว่า

Moraes และ Silva⁽⁷⁵⁾ ศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 จะมีระดับภาวะการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส

Garand และคณะ⁽⁷⁹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตสมรสในผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI) พบว่า คุณภาพชีวิตสมรสที่แย่มมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลระดับสูง

อาชีพ

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า อาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยผู้ดูแลที่เกิดภาวะการดูแลส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง

รายได้

Papastavrou และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาภาวะการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ปัจจัยของผู้ดูแลคือ รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะการดูแลมากกว่า

Andren และ Elmstahl⁽⁷⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ สุขภาพของผู้ดูแล และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในศูนย์ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลระดับสูงกว่า

การศึกษา

Papastavrou และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาการระการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ปัจจัยของผู้ดูแลคือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับการดูแลที่ต่ำกว่า

Moraes และ Silva⁽⁷⁵⁾ ศึกษาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนการดูแลที่มากกว่า

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติมีการดูแลไม่แตกต่างกัน

Steadman และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาความพึงพอใจและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแล โดยความสัมพันธ์ที่แย่มากกว่าความสัมพันธ์กับการดูแลที่มากกว่า

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

Tornatore และ Grant⁽⁷⁷⁾ ศึกษาเรื่องภาระในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วย พบว่า ภาระในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่น้อยกว่าจะมีการดูแลที่มากกว่า

Burns⁽⁷⁴⁾ ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม และการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ระยะเวลาการดูแลเป็นปัจจัยทำนายการดูแล

Braun และคณะ⁽⁸⁰⁾ ศึกษาการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า ระยะเวลาในการดูแล คือจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการดูแล

Moraes และ Silva⁽⁷⁵⁾ ศึกษาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับการดูแล โดยการดูแลมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะมีระดับการดูแลมากกว่า

โรคประจำตัว

Andren และ Elmstahl⁽⁸¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแล สุขภาพผู้ดูแล และความรู้สึกเชื่อมโยงในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า สุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล โดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพที่ดี จะมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลระดับต่ำ

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า ในด้านสุขภาพของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่แข็งแรงดี เกิดภาวะมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ

Andren และ Elmstahl⁽⁷⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ สุขภาพของผู้ดูแล และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในศูนย์ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพที่แย่กว่า จะมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลระดับสูงกว่า

ปัจจัยของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล

เพศ

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวกับเพศ มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยเพศชายมีคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่มากกว่า

อายุ

Freyne และคณะ⁽⁸²⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสองกลุ่มตามลักษณะทางคลินิก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม early-onset (เกิดโรคก่อนอายุ 65 ปี) และผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม late-onset ผลการศึกษาพบว่า ภาวะของผู้ดูแลสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ภาวะของผู้ดูแลที่สูงจึงแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ผกผันกับอายุของผู้ป่วย

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยในตัวผู้ป่วยคือ อายุผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปไม่มีคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่มากกว่า

สถานภาพสมรส

Strinrattan ⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยในตัวผู้ป่วยคือ สถานภาพสมรส มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีคะแนนการดูแลของผู้ดูแลที่มากกว่า

Garand และคณะ ⁽⁷⁹⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตสมรสในผู้ป่วย mild cognitive impairment (MCI) พบว่า คุณภาพชีวิตสมรสที่แย่มากมีความสัมพันธ์กับการดูแลระดับสูง

การศึกษา

Strinrattan ⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า การศึกษาของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล แต่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ

ระยะเวลาที่เป็นโรค

Strinrattan ⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะของผู้ดูแลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาวะส่วนใหญ่ป่วยมาเป็นเวลา 2 ปี – น้อยกว่า 5 ปี

คะแนน TMSE

ปีนนเรศ กาศอุดม ⁽⁸³⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลกับสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออก โดยใช้ TMSE เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถภาพทางสมอง พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพทางสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Burns ⁽⁷⁴⁾ ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม และภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่รุนแรงมากกว่าเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแล

Braun และคณะ ⁽⁸⁰⁾ ศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า ความรุนแรงของโรคที่มากมีความสัมพันธ์กับการดูแล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะการดูแล

สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเกิดภาระจากการดูแลผู้ป่วย โดยคิดเป็นร้อยละ 96.4 ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นญาตินั้น พบว่า ส่วนใหญ่เกิดภาระขึ้นคือ ร้อยละ 94.2 และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติเกิดภาระคิดเป็นร้อยละ 100

Papastavrou และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาภาระการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแลสูงถึง ร้อยละ 68.02 โดยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลได้แก่ เพศ รายได้ และระดับการศึกษาของผู้ดูแล

Andren และ Elmstahl⁽⁸¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล สุขภาพผู้ดูแล และความรู้สึกเชื่อมโยงในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57) มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 5 ที่มีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง

Schoenmakers⁽⁷¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้การดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาระการดูแล ร้อยละ 41.3

Andren และ Elmstahl⁽⁷⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ สุขภาพของผู้ดูแล และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในศูนย์ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า สุขภาพผู้ดูแลที่แย่กว่า และมีรายได้ต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลระดับสูงกว่า

Moraes และ Silva⁽⁷⁵⁾ ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยใช้แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแล เท่ากับ 37.3 ± 13.08 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และคะแนนสูงสุด 66 คะแนน

8. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อภาระการดูแล

Matsumoto และคณะ⁽⁸⁴⁾ ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

Miyamoto และคณะ⁽⁸⁵⁾ ศึกษาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมกับการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

Gallicchio และคณะ⁽⁸⁶⁾ ศึกษาความแตกต่างของเพศในการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น อาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย อาการเดินไปมาตอนกลางคืน มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

Burns ⁽⁷⁴⁾ ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมและการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมเป็นปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลที่มีความสำคัญมาก

Ballard และคณะ⁽⁸⁷⁾ ศึกษาผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแล พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความเกี่ยวข้องที่สำคัญกับการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล และปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญในการทำนายการดูแล

จากงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และมีความสัมพันธ์กับการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์รับเข้าการศึกษา (inclusion criteria)

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติ
3. เป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลซึ่งประเมินจากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่ที่มากที่สุด โดยอาจจะได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล
4. เป็นผู้ดูแลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
5. เป็นผู้ดูแลอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน
6. อายุ 18 ปีขึ้นไป
7. สามารถอ่านออก เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้
8. ยินดีจะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
9. ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 1 คนต่อผู้ดูแล 1 คน

10. หากผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติให้การดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เท่ากันผู้วิจัยจะเลือกผู้ดูแลที่เป็นญาติเข้าร่วมการศึกษา

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่ไม่สามารถเข้าใจและร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 pq}{d^2}$$

แทนค่าจากสูตร

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

p = ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ 70% หรือ = 0.7⁽⁸⁸⁾

$q = 1 - p = 1 - 0.7 = 0.3$

d = acceptable error = 0.1

กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูล = 95% , ดังนั้นค่า $Z_{0.05/2} = 1.96$ (two tail)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 (0.7)(0.3)}{(0.1)^2}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 80 คน

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดขึ้นอีก 10%

ดังนั้นจำนวนตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 90 คน

การเก็บตัวอย่าง (Sample collection)

ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งหมด โรคประจำตัว

1.2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

1.3 ข้อมูลทางการแพทย์ (ดูจากเวชระเบียน) ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คะแนน TMSE

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI)

เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ของ Zarit (Zarit Burden Interview, ZBI) ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แพนคง⁽²³⁾ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย = 0 คะแนน, เกือบไม่เคย = 1 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, ค่อนข้างบ่อย = 3 คะแนน, บ่อย ๆ = 4 คะแนน

การให้คะแนนและการแปลผล โดยแบ่งเป็นไม่มีภาระการดูแลกับมีภาระการดูแล โดยระดับคะแนนที่ไม่มีภาระการดูแลคือ 0-20 คะแนน ส่วนระดับคะแนนที่มีภาระการดูแล คือมีค่าคะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้

0 – 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาระการดูแล

21-40 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง

41-60 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรง

61-88 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลรุนแรง

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบหาความเที่ยงของข้อมูลโดยอรวรรณ แพนคง⁽²³⁾ ได้ทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 22 ราย ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 จากการศึกษาวิจัย

ได้ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้ว พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE -AD)

เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ นันทิกา ทวิชาชาติ⁽²⁰⁾ แปลมาจาก Reisberg⁽²¹⁾ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประเมินจากการสอบถามผู้เข้าร่วมการศึกษา เนื่องจากเครื่องมือเป็นมาตรฐานในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่จะใช้จะต้องได้รับการฝึกทั้งการวัดและการแปลผลให้มีความเชี่ยวชาญ สำหรับผู้วิจัยเป็นนิสิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ซึ่งได้รับการฝึกอบรมการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช และได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจาก อาจารย์จิตแพทย์ โดยฝึกอบรมทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งสาเหตุการเกิด อาการแสดงด้านพฤติกรรมและจิตใจ การสังเกตอาการ การให้คะแนน พฤติกรรมและจิตใจ และการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้แบบประเมินในการ ประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแล ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 5 ราย และอาจารย์จิตแพทย์ได้ทำการประเมินปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มเดียวกันกับผู้วิจัย โดยนำคะแนนของผู้วิจัยและอาจารย์ จิตแพทย์มาเปรียบเทียบกัน ซึ่งโดยปกติแล้วค่าคะแนนที่ได้ควรมีความแตกต่างกันไม่เกิน 4 คะแนน⁽²⁰⁾ จากการทดลองใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้วิจัย สามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ค่าคะแนนแตกต่างจาก อาจารย์จิตแพทย์ 3 คะแนน แสดงว่า สามารถประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม ได้ตรงหรือใกล้เคียงกับการประเมินโดยอาจารย์จิตแพทย์ และได้ทดสอบความเที่ยง ระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าเท่ากับ 0.99

ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการ (Symptomatology) ได้แก่

- 1) อาการหวาดระแวงและหลงผิด จำนวน 7 ข้อ คือข้อที่ 1 - 7
- 2) อาการประสาทหลอน จำนวน 5 ข้อ คือข้อที่ 8 - 12
- 3) พฤติกรรมที่ผิดปกติ จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 13 - 15
- 4) อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว จำนวน 3 ข้อ คือข้อที่ 16 - 18
- 5) วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป จำนวน 1 ข้อ คือข้อที่ 19

6) อารมณ์แปรปรวน จำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 20 – 21

7) ความวิตกกังวลและความหวาดกลัว จำนวน 4 ข้อ คือข้อที่ 22 – 25

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินโดยรวม (Global Rating) จำนวน 1 ข้อ

การให้คะแนนและการแปลผล แปลผลจากคะแนนรวม ดังนี้

ส่วนที่ 1 คะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ

ส่วนที่ 2 คะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าความเที่ยงและความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ 0.96 ส่วนค่าความตรงของแบบประเมินเท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นคุณภาพของแบบประเมินที่ นันทิกา ทวิชาชาติ ได้ทำการวิเคราะห์ไว้ จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้ว พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าแผนกจิตเวชศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เข้าพบเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย

- ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และขอความร่วมมือ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

- เมื่อผู้ดูแลยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ ให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้

- ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ข้อมูลพื้นฐานทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม, แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview , ZBI) เป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง และแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองจากการสอบถามจากผู้ดูแล

- ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์จากเวชระเบียน ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และคะแนน TMSE โดยผู้วิจัยจะเก็บคะแนน TMSE จากเวชระเบียนหากมีการจดบันทึกไว้ภายใน 3 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล แต่หากไม่มีการจดบันทึกไว้หรือมีการจดบันทึกไว้เกิน 3 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการวัดคะแนน TMSE ใหม่ด้วยตนเอง

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที ขึ้นกับผู้ดูแล

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคะแนน และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 16.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติดังนี้

1. นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านปัจจัยต่าง ๆ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) independent sample t-test และ Pearson's correlations โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$) หลังจากนั้น ทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ที่ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 90 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการดูแล (ZBI) โดยในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง สำหรับแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (BEHAVE -AD) ผู้วิจัยประเมินจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งได้เป็น 8 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 6 การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| เพศ | | |
| หญิง | 62 | 68.9 |
| ชาย | 28 | 31.1 |
| อายุ (ปี) | | |
| < 70 | 14 | 15.6 |
| 70 – 74 | 18 | 20.0 |
| 75 – 79 | 17 | 18.9 |
| 80 – 84 | 22 | 24.4 |
| 85 ปีขึ้นไป | 19 | 21.1 |
| Mean = 77.7, SD = 8.5 , Min = 54, Max = 95 | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| หม้าย | 40 | 44.4 |
| คู่ อยู่ด้วยกัน | 34 | 37.8 |
| โสด | 8 | 8.9 |
| คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | 6 | 6.7 |
| หย่าร้าง | 2 | 2.2 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 10 | 11.1 |
| ประถมศึกษา | 42 | 46.7 |
| มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า, ปวช., ปวส. | 19 | 21.1 |
| ปริญญาตรี | 15 | 16.7 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 4 | 4.4 |

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (ปี) | | |
| < 2 | 14 | 15.6 |
| 2 – < 4 | 32 | 35.6 |
| 4 – < 6 | 19 | 21.1 |
| 6 – < 8 | 9 | 10.0 |
| 8 ขึ้นไป | 16 | 17.7 |
| Mean = 4.6, SD = 3.4, Min = 6 เดือน, Max = 16 ปี | | |
| คะแนน TMSE | | |
| ≤ 23 | 61 | 67.8 |
| 24 ขึ้นไป | 29 | 32.2 |
| Mean = 19.5, SD = 6.6 , Min = 2, Max = 30 | | |

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) มีอายุเฉลี่ย 77.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.5) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 80 – 84 ปี (ร้อยละ 24.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 44.4) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 4.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4) คะแนน TMSE เฉลี่ย 19.5(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.6)

ตอนที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (0-7 คะแนน) | 32 | 35.6 |
| มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (8-75 คะแนน) | 58 | 64.4 |
| Mean = 13.9, SD = 10.4 , Min = 0, Max = 56 | | |
| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละด้าน | | |
| (ผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาได้มากกว่า 1 ด้าน) (n = 90) | | |
| มีพฤติกรรมผิดปกติ | 71 | 78.9 |
| มีอาการหวาดระแวงและหลงผิด | 66 | 73.3 |
| มีความวิตกกังวลและหวาดกลัว | 64 | 71.1 |
| มีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว | 61 | 67.8 |
| มีวงจรนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป | 60 | 66.7 |
| มีอาการซึมเศร้า | 43 | 47.8 |
| มีอาการประสาทหลอน | 35 | 38.9 |
| ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแล | | |
| ไม่มีผลกระทบ (0 คะแนน) | 13 | 14.4 |
| มีผลกระทบเล็กน้อย (1 คะแนน) | 42 | 46.7 |
| มีผลกระทบปานกลาง (2 คะแนน) | 27 | 30.0 |
| มีผลกระทบมาก (3 คะแนน) | 8 | 8.9 |
| Mean = 1.33, SD = 0.84 , Min = 0, Max = 3 | | |

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ร้อยละ 64.4 ปัญหาด้านพฤติกรรม

และจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือ มีพฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ มีอาการหวาดระแวงและหลงผิด ร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่มีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล ร้อยละ 85.6 โดยส่วนใหญ่มีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือมีผลกระทบปานกลาง ร้อยละ 30 นอกจากนั้น ผู้ดูแลได้รายงานว่า อาการของผู้ป่วยที่รบกวนผู้ดูแลมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การถามซ้ำ ๆ 2) การตื่นบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน และ 3) การปฏิเสธคัดค้าน คือ ไม่เชื่อฟัง เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ไม่มีปัญหาพฤติกรรม | | มีปัญหาพฤติกรรมและ | | Z' | p-value |
|--|--------------------|--------|--------------------|--------|-------|----------|
| | และจิตใจ | | จิตใจ | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | | |
| หญิง | 19 | 22.0 | 43 | 40.0 | 2.10 | 0.148 |
| ชาย | 13 | 46.4 | 15 | 53.6 | | |
| อายุ | | | | | | |
| < 80 ปี | 21 | 42.9 | 28 | 57.1 | 2.50 | 0.114 |
| 80 ปีขึ้นไป | 11 | 26.8 | 30 | 73.2 | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| คู่อยู่ด้วยกัน | 15 | 44.1 | 19 | 55.9 | 1.75 | 0.186 |
| โสด/หม้าย/หย่าร้าง/ คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | 17 | 30.4 | 39 | 69.6 | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษา | 18 | 34.6 | 34 | 65.4 | 0.51 | 0.776 |
| มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า, ปวช., ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 6 | 31.6 | 13 | 68.4 | | |
| ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย | | | | | | |
| < 4 ปี | 21 | 45.7 | 25 | 54.3 | 4.19 | 0.041* |
| 4 ปีขึ้นไป | 11 | 25.0 | 33 | 75.0 | | |
| คะแนน TMSE | | | | | | |
| ≤ 23 | 12 | 19.7 | 49 | 80.3 | 20.84 | <0.001** |
| 24 ขึ้นไป | 20 | 69.0 | 9 | 31.0 | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัญหาพฤติกรรม และจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม และจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) และระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ($p < 0.01$)

ตารางที่ 4 แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) กับ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (BPSD) โดยใช้ Pearson's correlations

| สหสัมพันธ์กับปัญหา พฤติกรรมและจิตใจของ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | Pearson's correlation coefficient (r) | p-value |
|--|--|---------|
| คะแนน TMSE | -0.272 | 0.009** |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคะแนน TMSE กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มีความสัมพันธ์ทางลบกันในระดับต่ำ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (BPSD) กับคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) โดยใช้ independent t-test

| ปัจจัย | ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ | | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | p-value |
|-------------|-----------------------|-------|-----------------|---|----------|
| | Mean | SD | | | |
| TMSE | | | | | |
| ≤ 23 | 16.51 | 9.29 | 8.16 | 3.81 – 12.52 | <0.001** |
| 24 ขึ้นไป | 8.34 | 10.57 | | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01

จากตารางที่ 5 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ กับคะแนน TMSE โดยใช้ independent sample t-test พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน TMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 มีคะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีคะแนน TMSE ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งผู้ป่วยที่มีคะแนน TMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 มีคะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน TMSE ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ปัจจัย | Adjusted OR | 95% CI of OR | | p-value |
|--|-------------|--------------|-------|----------|
| | | Lower | Upper | |
| ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป | 3.38 | 1.16 | 9.88 | 0.026* |
| ค่าคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 | 10.77 | 3.63 | 31.99 | <0.001** |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) และค่าคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ($p < 0.01$)

ตอนที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ข้อมูล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| เพศ | | |
| หญิง | 78 | 86.7 |
| ชาย | 12 | 13.3 |
| อายุ (ปี) | | |
| ≤ 30 | 8 | 8.9 |
| 31 – 40 | 17 | 18.8 |
| 41 – 50 | 23 | 25.6 |
| 51 – 60 | 23 | 25.6 |
| 61 ขึ้นไป | 19 | 21.1 |
| Mean = 49.4, SD = 14.6 , Min = 20, Max = 84 | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ อยู่ด้วยกัน | 38 | 42.2 |
| โสด | 36 | 40.0 |
| หม้าย | 9 | 10.0 |
| หย่าร้าง | 6 | 6.7 |
| คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | 1 | 1.1 |
| อาชีพ | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 19 | 21.1 |
| ลูกจ้าง พนักงาน | 26 | 28.9 |
| ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ | 20 | 22.2 |
| ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย | 19 | 21.1 |
| อื่น ๆ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกร | 6 | 6.7 |

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| รายได้ | | |
| มีรายได้ | 72 | 80.0 |
| ไม่มีรายได้ | 18 | 20.0 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) | | |
| ≤ 5,000 | 21 | 23.4 |
| 5,001 – 20,000 | 39 | 43.3 |
| 20,001 – 35,000 | 12 | 13.3 |
| 35,001 – 50,000 | 12 | 13.3 |
| 50,001 ขึ้นไป | 6 | 6.7 |
| Mean = 20,626, SD = 26,839.9 , Min = 0, Max = 200,000 | | |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 5 | 5.6 |
| ประถมศึกษา | 16 | 17.8 |
| มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า, ปวช. ,ปวส. | 31 | 34.4 |
| ปริญญาตรี | 27 | 30.0 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 11 | 12.2 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | |
| ญาติ | 76 | 84.4 |
| ไม่ใช่ญาติ | 14 | 15.6 |
| มีความเกี่ยวข้องเป็น | | |
| ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ | 14 | 15.6 |
| บุตร หลาน | 56 | 62.2 |
| สามี ภรรยา | 13 | 14.4 |
| อื่น ๆ ได้แก่ ลูกเขย ลูกสะใภ้ พี่น้อง | 7 | 7.8 |

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| ค่าจ้างจากการดูแล | | |
| ไม่ได้รับค่าจ้าง | 75 | 83.3 |
| ได้รับค่าจ้าง | 15 | 16.7 |
| ค่าจ้างต่อเดือน (n = 15) (บาท) | | |
| 5,001- 8,000 | 5 | 33.3 |
| 8,001 – 11,000 | 9 | 60.0 |
| 11,001 ขึ้นไป | 1 | 6.7 |
| Mean = 8,820 , SD = 1,522.8 , Min = 5,500 Max = 12,000 | | |
| เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน (ชั่วโมง) | | |
| < 12 | 20 | 22.2 |
| 12 – 18 | 25 | 27.8 |
| > 18 | 45 | 50.0 |
| Mean = 17.3, SD = 7.2 , Min = 6, Max = 24 | | |
| ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด (ปี) | | |
| < 2 | 21 | 23.3 |
| 2 – < 4 | 32 | 35.6 |
| 4 – < 6 | 17 | 18.9 |
| 6 ขึ้นไป | 20 | 22.2 |
| Mean = 3.9, SD = 3.1 , Min = 6 เดือน, Max = 15 ปี | | |
| โรคประจำตัวของผู้ดูแล | | |
| ไม่มี | 53 | 58.9 |
| มี | 37 | 41.1 |

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| โรคประจำตัวที่พบของผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=90) | | |
| - โรคความดันโลหิตสูง | 17 | 18.9 |
| - โรคข้อเสื่อม | 12 | 13.3 |
| - โรคไขมันในโลหิตสูง | 11 | 12.2 |
| - โรคเบาหวาน | 6 | 6.7 |
| - โรคหัวใจ | 3 | 3.3 |
| - อื่น ๆ ได้แก่ ภูมิแพ้ โรคกระเพาะ กระดูกพรุน | 15 | 16.7 |

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแล จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 42.2) ประกอบอาชีพลูกจ้าง พนักงาน (ร้อยละ 28.9) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 80) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-20,000 บาท (ร้อยละ 43.3) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 34.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 84.4 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 62.2) ไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ 83.3) สำหรับผู้ที่ได้รับค่าจ้าง ส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้างต่อเดือน 8,001-11,000 บาท (ร้อยละ 60) เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย 17.3 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2) ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.9) โรคประจำตัวที่พบของผู้ดูแล พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 18.9)

ตอนที่ 6 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ภาระการดูแล | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| ไม่มีภาระการดูแล (0-20 คะแนน) | 28 | 31.1 |
| มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง (21-40 คะแนน) | 37 | 41.1 |
| มีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรง (41-60 คะแนน) | 23 | 25.6 |
| มีภาระการดูแลรุนแรง (61-88 คะแนน) | 2 | 2.2 |

Mean = 30.1, SD = 15.4 , Min = 5, Max = 70

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแล 62 ราย (ร้อยละ 68.9) โดยพบว่ามีภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 25.6 และระดับรุนแรง ร้อยละ 2.2

ตอนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล | ไม่มีภาระการดูแล | | มีภาระการดูแล | | χ^2 | p-value |
|---|------------------|--------|---------------|--------|----------|--------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | | |
| หญิง | 22 | 28.2 | 56 | 71.8 | 2.31 | 0.237 ^Δ |
| ชาย | 6 | 50.0 | 6 | 50.0 | | |
| อายุ (ปี) | | | | | | |
| ≤40 | 12 | 48.0 | 13 | 52.0 | 4.61 | 0.032* |
| 41 ขึ้นไป | 16 | 24.6 | 49 | 75.4 | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| คู่อยู่ด้วยกัน | 12 | 31.6 | 26 | 68.4 | 0.01 | 0.935 |
| โสด/หม้าย/หย่าร้าง/ คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | 16 | 30.8 | 36 | 69.2 | | |
| อาชีพ | | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 2 | 10.5 | 17 | 89.5 | 4.76 | 0.029* |
| ประกอบอาชีพ | 26 | 36.6 | 45 | 63.4 | | |
| รายได้ | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 2 | 11.1 | 16 | 88.9 | 4.20 | 0.040* |
| มีรายได้ | 26 | 36.1 | 46 | 63.9 | | |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) | | | | | | |
| ≤ 5,000 | 3 | 14.3 | 18 | 85.7 | 3.62 | 0.057 |
| 5,001 ขึ้นไป | 25 | 36.2 | 44 | 63.8 | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01, ^Δ with continuity correction

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล | ไม่มีภาระการดูแล | | มีภาระการดูแล | | χ^2 | p-value |
|---|------------------|--------|---------------|--------|----------|--------------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษา | 5 | 23.8 | 16 | 76.2 | 2.63 | 0.269 |
| มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า, ปวช. , ปวส. | 13 | 41.9 | 18 | 58.1 | | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 10 | 26.3 | 28 | 73.7 | | |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | | | | | |
| ญาติ | 22 | 28.9 | 54 | 71.1 | 1.07 | 0.472 ^Δ |
| ไม่ใช่ญาติ | 6 | 42.9 | 8 | 57.1 | | |
| การได้รับค่าจ้างจากการดูแล | | | | | | |
| ไม่ได้รับค่าจ้าง | 22 | 29.3 | 53 | 70.7 | 0.66 | 0.611 ^Δ |
| ได้รับค่าจ้าง | 6 | 40.0 | 9 | 60.0 | | |
| ค่าจ้างจากการดูแลต่อเดือน (บาท) | | | | | | |
| ≤ 8,000 | 4 | 80.0 | 1 | 20.0 | 5.00 | 0.094 ^Δ |
| 8,001 ขึ้นไป | 2 | 20.0 | 8 | 80.0 | | |
| เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน (ชั่วโมง) | | | | | | |
| < 12 | 8 | 40.0 | 12 | 60.0 | 0.95 | 0.330 |
| 12 ขึ้นไป | 20 | 28.6 | 50 | 71.4 | | |
| ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด (ปี) | | | | | | |
| < 4 | 18 | 34.0 | 35 | 66.0 | 0.49 | 0.484 |
| 4 ขึ้นไป | 10 | 27.0 | 27 | 73.0 | | |
| โรคประจำตัวของผู้ดูแล | | | | | | |
| ไม่มี | 20 | 37.7 | 33 | 62.3 | 2.64 | 0.104 |
| มี | 8 | 21.6 | 29 | 78.4 | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01, ^Δ with continuity correction

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแลที่มากกว่า 40 ปี การที่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ และการที่ผู้ดูแลไม่มีรายได้ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย | ไม่มีภาระการดูแล | | มีภาระการดูแล | | χ^2 | p-value |
|--|------------------|--------|---------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | | |
| หญิง | 16 | 25.8 | 46 | 74.2 | 2.62 | 0.106 |
| ชาย | 12 | 42.9 | 16 | 57.1 | | |
| อายุ (ปี) | | | | | | |
| < 80 | 20 | 40.8 | 29 | 59.2 | 4.73 | 0.030* |
| 80 ขึ้นไป | 8 | 19.5 | 33 | 80.5 | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| คู่ อยู่ด้วยกัน | 11 | 32.4 | 23 | 67.6 | 0.04 | 0.843 |
| โสด/หม้าย/หย่าร้าง/ คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | 17 | 30.4 | 39 | 69.6 | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษา | 17 | 32.7 | 35 | 67.3 | 0.27 | 0.875 |
| มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า, ปวช. , ปวส. | 5 | 26.3 | 14 | 73.7 | | |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 6 | 31.6 | 13 | 68.4 | | |
| ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (ปี) | | | | | | |
| < 4 | 17 | 37.0 | 29 | 63.0 | 1.50 | 0.221 |
| 4 ขึ้นไป | 11 | 25.0 | 33 | 75.0 | | |
| คะแนน TMSE | | | | | | |
| ≤ 23 | 15 | 24.6 | 46 | 75.4 | 3.76 | 0.053 |
| 24 ขึ้นไป | 13 | 44.8 | 16 | 55.2 | | |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ป่วยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$)

ตอนที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ independent t-test

| ปัจจัย | คะแนนของภาระการดูแล | | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | p-value |
|------------------------------|---------------------|-------|-----------------|---|---------|
| | Mean | SD | | | |
| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 24.47 | 13.15 | - 8.76 | - 15.27 - -2.24 | 0.009** |
| มีปัญหา | 33.22 | 15.75 | | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01

จากตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ กับภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ($p < 0.01$) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจะมีคะแนนภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ตารางที่ 12 แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ กับภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ Pearson's correlations

| สหสัมพันธ์กับภาระการดูแล | Pearson's correlation coefficient (r) | p-value |
|---|---------------------------------------|-----------|
| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย | 0.384 | < 0.001** |
| ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล | 0.616 | < 0.001** |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ กับภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ($p < 0.01$) และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลในระดับปานกลาง ($p < 0.01$)

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซม์เมอร์แต่ละด้าน กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

| ปัจจัย | ไม่มีภาระการดูแล | | มีภาระการดูแล | | χ^2 | p-value |
|---|------------------|--------|---------------|--------|----------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละด้าน | | | | | | |
| พฤติกรรมผิดปกติ | | | | | | |
| มี | 17 | 23.9 | 54 | 76.1 | 8.06 | 0.005** |
| ไม่มี | 11 | 57.9 | 8 | 42.1 | | |
| อาการหวาดระแวงและหลงผิด | | | | | | |
| มี | 18 | 27.3 | 48 | 72.7 | 1.70 | 0.192 |
| ไม่มี | 10 | 41.7 | 14 | 58.3 | | |
| ความวิตกกังวลและหวาดกลัว | | | | | | |
| มี | 20 | 31.2 | 44 | 68.8 | 0.00 | 0.964 |
| ไม่มี | 8 | 30.8 | 18 | 69.2 | | |
| อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว | | | | | | |
| มี | 14 | 23.0 | 47 | 77.0 | 5.88 | 0.015* |
| ไม่มี | 14 | 48.3 | 15 | 51.7 | | |
| วงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป | | | | | | |
| มี | 17 | 28.3 | 43 | 71.7 | 0.65 | 0.421 |
| ไม่มี | 11 | 36.7 | 19 | 63.3 | | |
| อารมณ์แปรปรวน | | | | | | |
| มี | 8 | 18.6 | 35 | 81.4 | 6.00 | 0.014* |
| ไม่มี | 20 | 42.6 | 27 | 57.4 | | |
| อาการประสาทหลอน | | | | | | |
| มี | 8 | 22.9 | 27 | 77.1 | 1.82 | 0.177 |
| ไม่มี | 20 | 36.4 | 35 | 63.6 | | |

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์แต่ละด้าน กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

| ปัจจัย | ไม่มีภาระการดูแล | | มีภาระการดูแล | | χ^2 | p-value |
|--|------------------|--------|---------------|--------|----------|----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแล | | | | | | |
| ไม่มีถึงเล็กน้อย | 25 | 45.5 | 30 | 54.5 | 13.58 | <0.001** |
| ปานกลางถึงมาก | 3 | 8.6 | 32 | 91.4 | | |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์แต่ละด้าน กับภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ การมีพฤติกรรมผิดปกติ ($p < 0.01$) การมีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว และการมีอารมณ์แปรปรวน ($p < 0.05$) และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ($p < 0.01$)

ตอนที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 14 แสดงปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

| ปัจจัย | Adjusted OR | 95% CI of OR | | p-value |
|--|-------------|--------------|-------|---------|
| | | Lower | Upper | |
| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล | | | | |
| อายุของผู้ดูแลที่มากกว่า 40 ปี | 3.30 | 0.96 | 11.33 | 0.058 |
| การที่ผู้ดูแลไม่มีรายได้ | 4.55 | 0.80 | 26.03 | 0.088 |
| ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย | | | | |
| อายุของผู้ป่วยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป | 1.72 | 0.53 | 5.58 | 0.371 |
| ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม | | | | |
| 1) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละด้าน | | | | |
| การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติ | 3.64 | 0.96 | 13.79 | 0.058 |
| การที่ผู้ป่วยมีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว | 1.89 | 0.58 | 6.12 | 0.289 |
| การที่ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวน | 3.19 | 0.96 | 10.57 | 0.058 |
| 2) ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก | 4.62 | 1.11 | 19.28 | 0.036* |

* p < 0.05, ** p < 0.01

จากตารางที่ 14 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ระหว่างปัจจัย 2 อย่าง ซึ่งได้แก่ การที่ผู้ดูแลไม่มีรายได้กับการที่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้วิจัยได้เลือกการที่ผู้ดูแลไม่มีรายได้เข้าทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลเพียงปัจจัยเดียว เนื่องจากปัจจัยทั้ง 2 ตัว มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันสูงมาก จนแทบจะเป็นปัจจัยตัวเดียวกัน โดยมีค่า Pearson's correlation coefficient (r) เท่ากับ 0.967 และ p-value เท่ากับ < 0.001 และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ไม่มีรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเกิดภาวะการดูแลมากกว่า และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะการดูแลมากกว่า

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลางถึงมาก (p < 0.05)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการเก็บตัวอย่าง (sample collection) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ.2554 จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI) และ 3) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซม์เมอร์

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) มีอายุเฉลี่ย 77.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.5) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 80 – 84 ปี (ร้อยละ 24.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 44.4) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 4.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4) คะแนน TMSE เฉลี่ย 19.5(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.6)

2. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์

ส่วนใหญ่มมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ร้อยละ 64.4 ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือ มีพฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ มีอาการหวาดระแวงและหลงผิด ร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่มีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล ร้อยละ 85.6 โดยส่วนใหญ่มีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือมีผลกระทบปานกลาง ร้อยละ 30 นอกจากนั้น

ผู้ดูแลได้รายงานว่า อาการของผู้ป่วยที่รับกวนผู้ดูแลมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การถามซ้ำ ๆ 2) การตื่นบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน และ 3) การปฏิเสธคัดค้าน คือ ไม่เชื่อฟัง เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) และระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ($p < 0.01$)

4. ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$) และค่าคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ($p < 0.01$)

5. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ผู้ดูแล จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 42.2) ประกอบอาชีพลูกจ้าง พนักงาน (ร้อยละ 28.9) ส่วนใหญ่มีรายได้ (ร้อยละ 80) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-20,000 บาท (ร้อยละ 43.3) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 34.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 84.4 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 62.2) ไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ 83.3) สำหรับผู้ที่ได้รับค่าจ้าง ส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้างต่อเดือน 8,001-11,000 บาท (ร้อยละ 60) เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย 17.3 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2) ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.9) โรคประจำตัวที่พบของผู้ดูแล พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 18.9)

6. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแล 62 ราย (ร้อยละ 68.9) โดยพบว่ามีภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 25.6 และระดับรุนแรง ร้อยละ 2.2

7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแลที่มากกว่า 40 ปี การที่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ และการที่ผู้ดูแลไม่มีรายได้ ($p < 0.05$) และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ป่วยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ($p < 0.05$)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์กับการดูแลของผู้ดูแล

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแล ($p < 0.01$) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจะมีคะแนนการดูแลมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ การมีพฤติกรรมผิดปกติ ($p < 0.01$) การมีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว และการมีอาการแปรปรวน ($p < 0.05$) และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ($p < 0.01$)

9. ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลางถึงมาก ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตจรร้อยละ 64.4 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Guk-Hee และ Seung Kyum Kim⁽⁴⁹⁾ ที่ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (BEHAVE -AD) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 4 อย่างหรือมากกว่า และต่างกับการศึกษาของ Fernández และคณะ⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาถึงปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบประเมิน ADAS-Noncog พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งอาจเนื่องจากการใช้แบบประเมินที่ต่างกัน การศึกษาดังกล่าวศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากกว่าคือ 1,014 คน ลักษณะของผู้ป่วยต่างกันคือ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ต่างกัน จากการศึกษานี้พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ พบถึงร้อยละ 78.9 เช่น การถามซ้ำ ๆ การทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย และการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย รองลงมาคือ มีอาการหวาดระแวงและหลงผิด พบร้อยละ 73.3 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Eker และ Ertan⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมในแถบตะวันออก ยุโรปตะวันออกเฉียงใต้ และตะวันออกกลาง พบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาหลงผิด และการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากที่สุด โดยพบร้อยละ 43 และการศึกษาของ Guk-Hee และ Seung Kyum Kim⁽⁴⁹⁾ พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ การทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย พบร้อยละ 55 พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เดินไปมาอย่างไร้จุดหมายนั้น เป็นอุปสรรคต่อการดูแลและสร้างปัญหาอย่างมากในการดูแล นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าคิดว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษา⁽⁸⁹⁾ จากการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล สูงถึงร้อยละ 85.6 พบว่าอาการที่รบกวนผู้ดูแลมากที่สุดได้แก่ การถามซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติที่พบได้มากที่สุด การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม การถามซ้ำ ๆ เรื่องเดิม ๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ผู้ป่วยลืมว่าตนเองได้ถามคำถามไปแล้ว หรือไม่สามารถจดจำคำตอบที่ได้รับได้ รวมถึงมีความกังวล และผู้ป่วยอาจมีความกลัวในสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว จึงต้องถามซ้ำไปมา เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย⁽³²⁾ จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ารบกวนและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล รองลงมาคือ การตื่นบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน จากการศึกษานี้ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีการถูกรบกวนการนอนหลับ ซึ่งเป็นผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มีจะตื่นบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน เนื่องมาจากการรับรู้ที่บกพร่องของผู้ป่วย ทำให้สับสน หลงลืมเกี่ยวกับวัน เวลา ไม่สามารถแยกแยะระหว่างกลางวันกับ

กลางคืนได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการพักผ่อน⁽⁹⁰⁾ ความผิดปกติเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบทำให้เกิดความเครียด ความไม่สบาย ความทุกข์ทั้งในตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจึงมีความสำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล⁽⁸⁾

จากการศึกษานี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและคะแนน TMSE อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอาการป่วยของตนเองเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะมีความกังวล กลัว และเศร้าร่วมด้วย จึงอาจส่งผลให้แสดงออกมาเป็นปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Fernández และคณะ⁽⁴⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาดังแต่ได้รับการวินิจฉัยที่มากกว่า จะมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่สูงกว่า และ พบว่า คะแนนของแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE) มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางสติปัญญาและปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อมีระยะเวลาของการดำเนินโรคเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการบกพร่องทางสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น โดยมีการสูญเสียความสามารถหลาย ๆ ด้าน ทั้งความคิด เซว้ปัญญา การตัดสินใจ รวมทั้งความสามารถในการสื่อสาร และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยที่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 เนื่องจาก ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปนั้น แสดงให้เห็นว่า เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว เสี่ยงการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคลิกภาพเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน⁽⁸⁾ และระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 บ่งบอกถึงผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำงานของสมอง ด้านความรู้ความเข้าใจ ในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจและคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา⁽⁴⁷⁾ ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้ล้วนแล้วแต่แสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป

ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(19,89,91-93) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากสภาพสังคมของไทย จะมีค่านิยมให้เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วย เป็นวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แม้ว่าสถานการณ์และบทบาทของผู้หญิงในสังคมปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้นก็ตาม แต่การรับผิดชอบ

ดูแลสมาชิกในครอบครัวก็ยังเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้หญิง และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 62.2 เช่นเดียวกับการศึกษาของสทรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 65.3 เนื่องจากสภาพสังคมไทยและวัฒนธรรมไทยบุตรหลานควรมีความกตัญญูทเวทิต่อบุพการี บุตรหลานจะแสดงความกตัญญูทเวทิต่อผู้ดูแลโดยการให้ความช่วยเหลือ ดูแลบุพการีเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ

ด้านภาระการดูแลของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแล ร้อยละ 68.9 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Papastavrou และคณะ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาระการดูแล ร้อยละ 68.02⁽¹³⁾ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ สทรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติ กับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเกิดภาระจากการดูแลผู้ป่วย โดยคิดเป็นร้อยละ 96.4 ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นญาตินั้น พบว่า ส่วนใหญ่เกิดภาระคือ ร้อยละ 94.2 และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติเกิดภาระคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลสูง อาจเนื่องจากการใช้แบบสอบถามภาระการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ใช้แบบวัดภาระและความเครียด (The screen for caregiver burden, SCB) และอาจเนื่องจากการศึกษาในช่วงเวลาที่ต่างกัน ลักษณะของผู้ดูแลที่ต่างกัน การศึกษาดังกล่าวนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา และลักษณะของผู้ป่วยที่ต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้มีภาระการดูแลที่ต่างกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากในการศึกษานี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ทั้งดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบงานของผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กันด้วย และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จึงทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และ นับเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลเกิดภาระการดูแล จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี การไม่ได้ประกอบอาชีพ และการไม่มีรายได้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป การมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยในบางด้าน ซึ่งได้แก่ การมีพฤติกรรมผิดปกติ การมีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว และการมีอาการแปรปรวน และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลมีอายุมาก จะทำให้การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากตามเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษานี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีบทบาทในหลายด้านและต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเพิ่มเข้ามา จึงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้นได้ จากการศึกษาของ Papastavrou พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ซึ่งรายได้ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย

และภาระจากการดูแล⁽¹³⁾ ปัจจัยของการประกอบอาชีพ พบว่า อาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของสตรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ ที่พบว่า อาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลเช่นกัน⁽¹⁹⁾ เนื่องจากการประกอบอาชีพส่งผลต่อการมีรายได้ โดยปัจจัยทางด้านรายได้นั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการดูแลผู้ป่วย เพราะในการดูแลผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย ทั้งค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้ดูแลบางส่วนอาจต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ และการมีรายได้ เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลต่อภาระการดูแล ปัจจัยของอายุของผู้ป่วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้ความสามารถด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลง มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงต้องพึ่งพามุบุคคลอื่น⁽⁸³⁾ ซึ่งผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพานั้นจะส่งผลให้เกิดภาระการดูแลในผู้ดูแลตามมา⁽⁹⁴⁾ ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(16,87,95) โดยยิ่งผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมากก็จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากการศึกษานี้ ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ พฤติกรรมผิดปกติ อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว และอารมณ์แปรปรวน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Matsumoto และคณะ⁽⁸⁴⁾ ที่พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบางด้าน คือ อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว และอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โดยพบว่าอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Papastavrou⁽¹³⁾ พบว่า อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าวของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ตามลำดับ และจากการศึกษานี้ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล ก็มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเช่นเดียวกัน เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีหลายปัญหา และมีความรุนแรงแตกต่างกันหลายระดับ พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลนั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล คือ ปัจจัยที่มีผลกระทบจะมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งยิ่งผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมาก ผู้ดูแลก็จะรู้สึกว่าการส่งผลกระทบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาระมาก จากการศึกษาพบว่า อาการที่สำคัญที่ส่งผลกระทบได้แก่ การถามซ้ำ ๆ พฤติกรรมกรอนอนที่เปลี่ยนแปลงไป และการปฏิเสธคัดค้าน คือ ไม่เชื่อฟัง เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการ

ดูแล ผู้ดูแลต้องคอยดูแลและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย บางครั้งจึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า เกิดปัญหาในการดูแล และผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคมากในการรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา โดยพบว่าการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยนั้น เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม⁽⁸⁹⁾ จากการศึกษาที่พบว่า เพศของผู้ดูแล ไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Papastavrou และคณะ ที่พบว่า เพศของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยเพศหญิงจะมีระดับภาระการดูแลมากกว่า⁽¹³⁾ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้มีผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจำนวนค่อนข้างมากถึงร้อยละ 86.7 ในขณะที่จำนวนผู้ดูแลเพศชายค่อนข้างน้อย จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของภาระการดูแลในเพศหญิงและเพศชาย

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Burns และคณะ⁽⁷⁴⁾ และ Ballard และคณะ⁽⁸⁷⁾ ที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแลที่สำคัญมาก จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล

ดังนั้น ในการลดภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จึงควรมุ่งเน้นในการรักษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย โดยการรักษาด้วยยา และการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา นั่นคือการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ การถามซ้ำ ๆ อาจเนื่องมาจากความกังวลของผู้ป่วย ผู้ดูแลควรหันเหความสนใจของผู้ป่วยไปยังเรื่องอื่น หรือให้ทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน จะทำให้ช่วยเบี่ยงเบนความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ พฤติกรรมไม่ยอมอาบน้ำ ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือน และหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงและหลงผิด ผู้ดูแลควรพูดจาอย่างนุ่มนวล อธิบายด้วยเหตุผล และพยายามหันเหความสนใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหดหู่ ผู้ดูแลควรใช้เวลาคุยกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยคลายเศร้า และให้ผู้ป่วยช่วยงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามความสามารถของผู้ป่วย หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ดูแลควรสังเกตและหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ควรพูดจาปลอบโยนผู้ป่วยและหันเหความสนใจไปยังเรื่องอื่น หากผู้ป่วยมีความผิดปกติของการนอน ผู้ดูแลไม่ควรให้ผู้ป่วยนอนหลับยาวในตอนกลางวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีในตอนกลางคืน ไม่ควรให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ตื่นเต็นก่อนนอน และจัดสภาพแวดล้อมของการนอนให้เหมาะสม และสิ่งสำคัญคือ การปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันอันตราย ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างสะดวกสบาย โดยจัดทางเดินในบ้านให้โล่ง และกลางคืนควรเปิดไฟให้พอ

มองเห็น รวมถึงช่วยด้านความจำและป้องกันการสับสนของผู้ป่วยได้ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคย⁽³²⁾

การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล และควรมุ่งเน้นการดูแลรักษาทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต จากการศึกษาของวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล และคณะ⁽⁹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงสุดคือ การให้ความรู้และการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของนันท์ทิศา ทวีชาชาติ และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ได้ศึกษาผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยมีการสอนบรรยายความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ การให้การดูแลทางจิตใจกับครอบครัวผู้ป่วย การสร้างทักษะการสื่อสาร และการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะปฏิบัติตน และคะแนนรวมทั้งหมดหลังสิ้นสุดโครงการ สูงขึ้นกว่าคะแนนก่อนเริ่มโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ นั้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติตนของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁷⁾ ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ สามารถช่วยลดภาระการดูแลและผลกระทบต่อผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁸⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ปัจจัยของผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาการป่วย ระดับคะแนน TMSE และปัจจัยทางสังคมประชากรของผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษานี้ อาจจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและการดูแลที่ได้จากการศึกษา ดังนั้นผู้ที่นำข้อมูลนี้ไปอ้างอิง ต้องพิจารณาลักษณะสังคมประชากรของผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วย และการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับยารักษาทางจิตเวช จึงอาจจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและการดูแลที่ได้ และเนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแลเท่านั้น ไม่สามารถ

บอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย และภาวะการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษา เพื่อสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะการดูแลในผู้ดูแล และลดผลกระทบต่อผู้ดูแลได้
3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีกลุ่มช่วยเหลือ สนับสนุนด้านกำลังใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมด้วยกัน เพื่อเป็นแหล่งระบายความทุกข์ใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
4. เป็นแนวทางในการจัดโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์เพิ่มเติม เช่น การได้รับยารักษาทางจิตเวช และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล เช่น ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคม
2. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เปรียบเทียบผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ที่มีภาวะการดูแลกับผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะการดูแล เพื่อจะสามารถหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ต่อไป
3. การศึกษาเชิงทดลอง (Experimental study) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ต่อผู้ดูแล เป็นปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการช่วยผู้ดูแลจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยอาจจะมุ่งเน้นฝึกผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการจัดการปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมว่า ผู้ป่วยภาวะสมอง

เสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจลดลงหลังสิ้นสุดโปรแกรมหรือไม่ และผู้ดูแลมีภาระในการดูแล
ลดลงหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
ต่อไป

รายการอ้างอิง

- [1] ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4, 4 (ต.ค.-ธ.ค. 2546):11-18.
- [2] Mass, L.M., et al. Outcomes of family Involvement in care Intervention for caregiver of individuals with dementia. **Nursing Research** 2004; 53: 76-85.
- [3] Small GW. Alzheimer's disease and other dementias. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Vol. 2. 8th ed. Lippincott: Williams & Wikins, 2005: 3687
- [4] Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian study of health and aging : study methods and prevalence of dementia. **Can Med Assoc J** 1994; 150: 899-913.
- [5] กัมมันต์ พันธุมจินดา. **สมองเสื่อมโรคหรือวัย**. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ. 2543.
- [6] รุ่งนิรันตร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ป้องกันได้?. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง ผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา** 2547: 71-78.
- [7] นิพนธ์ พวงวารินทร์. Dementia: An update. **สารศิริราช** 2546; 55: 31-33.
- [8] กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. 2551.
- [9] ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryar, R. M., and Newens, A. J. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนา ในประเทศไทย. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 2543; 1: 15-24.
- [10] Scholzel-Dorenbos CJ, Draskovic I, Vernooij-Dassen MJ, Olde Rikkert MG. Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. **Alzheimer Dis Assoc Disord** 2009; 23: 171-177.
- [11] Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, J.M. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. **The Gerontological Nursing**. 1986;2(6): 245-249.
- [12] Myron F. Weiner, & Anne M. Lipton. **The American Psychiatric Publishing textbook of Alzheimer disease and other dementias**. 2009: 353-362.
- [13] Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas S.S., Tsangari H. & Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. **Journal of Advanced Nursing**. 2007; 58(5): 446-457.

- [14] Thompson, E. H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B.. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. **Journals of Gerontology** 1993; 48: 245-254.
- [15] วิภาวรรณ ช่อม. การะในการดูแลและความผาสุกโดยทั้ไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้งพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2537.
- [16] Steadman P. L., Tremont G & Davis J. D. Premorbid Relationship Satisfaction and Caregiver Burden in Dementia Caregivers. **J Geriatr Psychiatry Neurol** 2007; 20(2): 115-119.
- [17] William, A. What bothers caregivers of stroke victims. **Journal of Neuroscience Nursing** 1994; 26:155-161.
- [18] Burgio L. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. **Int Psychogeriatr** 1996; 8 (1): 45–52.
- [19] สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544.
- [20] นันทิกา ทวิชาชาติ. การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องโรคสมองเสื่อมและการใช้แบบประเมิน ADAS โรงแรมแชงกรีล่า กรุงเทพมหานคร. 2546.
- [21] Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., & Ferris, S. H.. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: **Phenomenology and treatment.** **Journal of Clinical Psychiatry** 1987; 48: 9-15.
- [22] Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach, P.J. Relatives of the impaired elderly : Correlates of feeling of burden. **The Gerontologist** 1980; 20(6): 649-655.
- [23] อรวรรณ แผนคง. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2547.
- [24] Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., & Gornbein, J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. **Neurology** 1996; 46(1): 130-135.
- [25] Lucilla, F. Therapeutic opinion in dementia. **J. Neurol** 2000; 247: 163-168.

- [26] Harold, I.K. **Comprehensive Textbook of Psychiatry** (pp. 54) (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
- [27] เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. **วิธีการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อม**. กรุงเทพฯ: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2543.
- [28] สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์) สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย มีนาคม, 2548.**
- [29] American Psychiatric Association. 1994. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.)**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- [30] สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. สมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสมองเสื่อม ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 2546: 1-10.
- [31] สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2544.
- [32] Thavichachart N, Worakul P, Tangwongchai S, Suppakitiporn S, Kanchanatawan B, Lueboonthavatchai P, Hemroongroj S, Kalayasiri R, Rutchatajumroon P. **Psychoeducational Program for Caregivers of Alzheimer's Dementia: A Manual Guide for Participants**. Bangkok: Color Harmony, 2004
- [33] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2553
- [34] พันธ์ ชัยญะกิจไพศาล. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**. กรุงเทพมหานคร: พี เค โปรมิเนนท์ 2544.
- [35] ประเสริฐ บุญเกิดและคณะ. **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2546.
- [36] Teri, L. and Uomoto, J. Reducing excess disability in dementia patients: Waiving caregivers to manage patient depression. **Clinical Genealogist** 1991; 10: 49-63.
- [37] Finkel, SI. **An introduction to BPSD: BPSD IPA educational pack**. Gardiner-Caldwell Communication 1998; 21: 7-19.

- [38] Fimkel, S.L.. Behavioral and psychological symptom of dementia: A current focus for clinician, research and caregiver. **Journal of Clinical Psychiatry** 2001; 62:3-6.
- [39] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ**. 2548.
- [40] Teri. L. et al.. **Assessment of behavioral problems in dementia**: The Revised Memory and behavior problem checklist. *Psychology and Aging* 1992; 7: 622-631.
- [41] อิงใจ จันทมูล. **ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2539.
- [42] วันเพ็ญ เชาว์เชิง. **การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าภาวะสุขภาพทั่วไป และ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัด นครราชสีมา**. เอกสารการสัมมนาวิชาการระดับชาติ สาขาจิตวิทยา ครั้งที่ 15 หน้า 52-53. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต 2545
- [43] ศิริชัย ดาริการ์นนท์. **การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์**. เอกสารการวิจัย 2544
- [44] มาโนช ทับมณี. **ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร**. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, กรกฎาคม-ธันวาคม 2544; 32(2): 43-57
- [45] Mangone C.A., et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia in Latin America. **International psychogeriatrics**, Vol.12, Suppl. 1, 2000, 415-418.
- [46] Robinson, K. M., et al. Problem behavior caregiver reaction and impact among caregivers persons with Alzheimer's disease. **Journal of Advanced Nursing** 2001; 36: 4-12.
- [47] Train The Brain Forum (Thailand). Thai Mental State Examination (TMSE). **Siriraj Hosp Gaz.** 1993. Vol.45, No. 6.359-374.
- [48] Fernández et al.: Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. **BMC Neurology** 2010; 10:87.
- [49] Suh G and Kim S. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia (BPSD) in antipsychotic-naïve Alzheimer's Disease patients. **International Psychogeriatrics** 2004; 16:3: 337-350.

- [50] Eker E and Ertan T. Behavioral and psychological symptoms of dementia in eastern and southeastern Europe and the middle east. **International Psychogeriatrics**, Vol. 12, Suppl.1, 2000. 409-413.
- [51] Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H: Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 2004; 75(1):146-148..
- [52] ชาตรี บานชื่น. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด 2548; 356:186-187
- [53] ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. **รามาวุธสาร** 2539;1(2): 84-92.
- [54] Prochaska, O. J. & DiClemente, C.C. Tran theoretical theory: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy theory Research and Practice** 1982 ;19(3):390-395
- [55] ศิริวรรณ คະเนนออก. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.
- [56] รุจา ภูโพนุลย์. การพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา ;2540.
- [57] Horowitz, A.. Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. **The Gerontologist** 1985;25: 612-617.
- [58] Oberst, M. T. Hughes, S. H., Chang, A. S. , & McCubbin, M. A.. Self-care burden, stress appraisal and mood among persons receiving radiotherapy. **Cancer Nursing** 1991;14(2):71-78.
- [59] Thompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher-Thomson, D., Rose, J.M. & Lovett, S.B. Social support and Caregiving burden in family caregiver of frail elders. **Journal of Gerontology** 1993;48: 245-254.
- [60] Gwyther, L.P., & George, L.K. Caregiver for dementia patient: Complex determinant of well-being and burden. **The Gerontologist** 1986;26(9): 245-249.

- [61] Chesla, C.A. Parent's illness models of schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 1989;3: 218-225.
- [62] Pai, S., & Kapur, R.L. The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. **British Journal of Psychiatry** 1981; 138: 332-335.
- [63] Thompson, E.H. & Doll, W.. The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. **Family relations** 1982; 31: 379-388.
- [64] Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R.. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family relations** 1985; 34:19-26.
- [65] Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A., & Ward, S.E., Caregiving demands and appraisal of stress among family caregiving. **Cancer nursing** 1989; 12: 209-215.
- [66] Schene A. H., Tessler R. C. and Gamache G. M. Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**. Vol. 29, number 5, 228-240.
- [67] George L & Gwyther L. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist** 1986; 26: 253-259.
- [68] Wimo A, Jonsson B, Karlsson I & Winblad B. **Health economics of dementia**. John wiley & sons, New York. 1998.
- [69] ศิริพันธุ์ สาคัดย์. ทักษะการของผู้ดูแล. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2546; กรกฎาคม – กันยายน (4): 39-42.
- [70] Cooper C, Balamurali T.B.S. and Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. **International psychogeriatrics** 2007; 19:2: 175-195.
- [71] Schoenmakers B., Buntinx F. and De lepeleire J. The relation between care giving and the mental health of caregivers of demanted relatives: A cross-sectional study. **European journal of gerenal practice** 2009; 15: 99-106.
- [72] สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม. การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพวิจัยทางคลินิกแก่บุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์. 2550.

- [73] Rockwell, E., Jackson, E., Vilke, G., & Jeste, D. V.. A study of delusions in a large cohort of Alzheimer's disease patients. **American Journal of Psychiatry** 1994; 2: 157-164.
- [74] Burns A. Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver burden. **International psychogeriatrics**. 2000; 12(1): 347-350.
- [75] Moraes, S.R.P. & Silva, L.S.T.. **An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers**. Rio de Janeiro, 2009, 25(8): 1807-1815.
- [76] Gaynor SE. The long haul: the effects of home care on caregivers. **Image J Nurs Sch** 1990; 22: 208-12.
- [77] Tornatore & Grant.. Burden among family caregiver of persons with Alzheimer's Disease in nursing home. **The Gerontologist** 2002; 42(4): 497-506.
- [78] Andren S., Elmstahl S.. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. **International journal of nursing studies**. 2007: 435-446.
- [79] Garand, L., Dew, M.A., Urda, B., Lingler, J.H., DeKosky, S.T., & Reynolds, C.F. Marital quality in the context of mild cognitive impairment. **Western Journal of Nursing Research** 2007; 29: 976-992.
- [80] Braun, M., Scholz, U., Hornung, R., & Martin, M.. The burden of spousal caregiving: A preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**, 14: 2, 159-167.
- [81] Andren S., Elmstahl S.. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. **Journal of clinical nursing** 2008; 17: 790-799.
- [82] Freyne A, Kidd N, Coen R, Lawlor BA. Burden in carers of dementia patients: higher levels in carers of younger suffers. **Int J Geriatry** 1999; 14: 784-8.
- [83] ปิ่นนเรศ กาศอุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2547.


- [84] Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, et al. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. **Dement Geriatr Cogn Disord** 2007; 23: 219-24.
- [85] Miyamoto Y, Tachimori H & Ito H. Formal caregiver burden in dementia : Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. **Geriatr Nurs** 2010; 31:246-253
- [86] Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg P & Baumgarten M. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 2002;17:154-163.
- [87] Ballard C. et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregivers. **Int Psy** Vol.12. 2000; 13:93-105.
- [88] Tangwongchai S, Thavichachart N, Senanarong V, et al. Galantamine for the treatment of BPSD in Thai patients with possible Alzheimer's disease with or without cerebrovascular disease. **Am J of Alzheimer's disease & other dementia** 2009; 23(6): 593-601.
- [89] สกาวรัตน์ เทพประสงศ์. อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุง.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2548.
- [90] Susan M.M., Rebecca G.L., Linda T. & Michael V.V.. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. **Sleep Med Rev.** 2007 April; 11(2): 143-153.
- [91] พรรณี จันทร์อินทร์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2547.
- [92] เตือนใจ กักดีพรหม. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2548.

- [93] Ritteeveerakul N. **Factors predicting health status on family caregivers of demented elderly elderly patients.** Master of Nursing Science thesis. Faculty of graduate studies. Mahidol University. 2005.
- [94] บุญรอด ดอนประเพ็ญ. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล แหล่งเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2549.
- [95] Lawlor B. Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. **British Journal of Psychiatry** 2002; 3: 463-465.
- [96] วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และคณะ. ผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง. **J Med Assoc Thai.** 2010; 93(5): 601-607
- [97] Lueboonthavatchai P. & Thavichachart N. Effects of psychoeducational program on knowledge, attitude, practice, and psychological stress of caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Chula Med J** Vol. 50 No. 8 Aug 2006; 13:541-553.
- [98] Ostwald, S.K., Hepburn, K.W., Caron, W., et al. Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. **Gerontologist.** 1999; 39: 299-309.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 1/5</p> |
|--|--|

ชื่อโครงการวิจัย ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวสาธิตา แรกคำนวน
ที่อยู่ 5 บ้านคุณอาร์ทเมนต์ ซ.ประชาสงเคราะห์33 ถ.ประชาสงเคราะห์ แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
เบอร์โทรศัพท์ 0846545844


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะการดูแลได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาดังกล่าวและการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 2/5</p> |
|--|--|

ได้มีการศึกษาไว้บ้างแล้วแต่มีประเด็นที่ยังไม่ได้ศึกษาคือ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
2. เพื่อศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล


จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 90 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI) ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ทำด้วยตนเอง และสำหรับแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินเองจากการสอบถามท่าน โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 3/5</p> |
|--|--|

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจเสียเวลา หรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อความด้วยตนเอง ท่านสามารถขอให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟัง โดยท่านเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง


อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยท่านไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวสาธิตา แรกคำนวน ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยการเสียเวลาจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 4/5</p> |
|--|--|

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยที่ท่านดูแลแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านหรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน


จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้ แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ 5 บ้านคุณอพาร์ทเมนต์ ซ.ประชาสงเคราะห์ 33 ถ.ประชาสงเคราะห์ แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับเข้าร่วมโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 5/5</p> |
|--|--|

6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้ หรือหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรง จากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มหิตล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14,15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

| | |
|--|---|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p>หน้า 1/2</p> |
|--|---|

การวิจัยเรื่อง ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่าน


รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม ให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ วิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ วิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ สงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วม วิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตก ลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทาง การแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

| | |
|--|---|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p>หน้า 2/2</p> |
|--|---|

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. เพศ ชาย (1)

หญิง (2)

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส โสด (1)

คู่ อยู่ด้วยกัน (2)

คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน (3)

หม้าย (4)

หย่าร้าง (5)

4. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1)

ข้าราชการ (2)

รัฐวิสาหกิจ (3)

ข้าราชการบำนาญ (4)

ลูกจ้าง พนักงาน (5)

ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (6)

เกษตรกร (7)

อื่นๆ (8)

โปรดระบุ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน . ไม่มีรายได้ (1)

มีรายได้ (2)

โปรดระบุ..... บาท/เดือน

6. ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่ได้รับการศึกษา (1)

ประถมศึกษา (2)

มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า (3)

มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (4)

- ปวช. (5)
 ปวส. (6)
 ปริญญาตรี (7)
 สูงกว่าปริญญาตรี (8)
 อื่นๆ (9)

โปรดระบุ

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (1)
 ไม่ใช่ญาติ
 (2)
 ญาติ
 มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

8. ท่านได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากดูแลหรือไม่
 (1)
 ไม่ได้รับค่าจ้าง
 (2)
 ได้รับค่าจ้าง

โปรดระบุ.....บาท/เดือน

9. เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน

10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมาปี.....เดือน

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (1)
 ไม่มี
 (2)
 มี

ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคเบาหวาน (1)
 โรคความดันโลหิตสูง (2)
 โรคไขมันในโลหิตสูง (3)
 โรคหัวใจ (4)
 โรคข้อเสื่อม (5)
 โรคไต (6)
 อื่น ๆ (7)

โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI)

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ทำให้ท่านสำรวจความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

- ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนี้เลย
- เกือบไม่เคย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน
- บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- ค่อนข้างบ่อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้หลาย ๆ ครั้งต่อสัปดาห์
- บ่อย ๆ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกือบทุกวัน

| ข้อ ที่ | ข้อความ | ไม่ เคย (0) | เกือบไม่ เคย (1) | บาง ครั้ง (2) | ค่อนข้าง บ่อย (3) | บ่อยๆ (4) |
|------------|--|-------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|--------------|
| 1. | ท่านรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง | | | | | |
| 2. | ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลเป็นความ รบกวนอย่างมาก | | | | | |
| 3. | ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ ท่านต้องการได้ | | | | | |
| 4. | ท่านรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการให้การ ดูแลผู้สูงอายุ | | | | | |
| 5. | ท่านรู้สึกว่าควรให้การดูแลผู้สูงอายุ มากกว่านี้ | | | | | |
| 6. | ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถให้การดูแลได้ ดีกว่านี้ | | | | | |
| 7. | ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลนี้เป็นภาระต่อท่าน | | | | | |
| 8. | ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือให้การ ช่วยเหลือตามความต้องการของ ผู้สูงอายุ | | | | | |
| 9. | ท่านคิดว่าระดับความเสื่อมถอยของ ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาระการดูแลของผู้ดูแล | | | | | |

| ข้อ ที่ | ข้อความ | ไม่ เคย (0) | เกือบไม่ เคย (1) | บาง ครั้ง (2) | ค่อนข้าง บ่อย (3) | บ่อยๆ (4) |
|------------|--|-------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|--------------|
| 10. | ท่านรู้สึกว่าการรับผิดชอบทุกอย่างตกอยู่กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว | | | | | |
| 11. | ท่านกลัวอนาคตเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ | | | | | |
| 12. | ท่านกลัวว่าจะไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุ | | | | | |
| 13. | ท่านกลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไป | | | | | |
| 14. | ท่านต้องการที่จะละทิ้งการดูแลนี้ให้กับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | | | |
| 15. | ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุและต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ พร้อมกัน | | | | | |
| 16. | ท่านรู้สึกโกรธ | | | | | |
| 17. | ท่านรู้สึกอับอายกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ | | | | | |
| 18. | ท่านรู้สึกไม่สะดวกที่เพื่อนฝูงมาหาที่บ้าน | | | | | |
| 19. | ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในสังคม | | | | | |
| 20. | ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ ความสัมพันธ์ภาพของครอบครัวและเพื่อน | | | | | |
| 21. | ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพ | | | | | |
| 22. | ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ ความเป็นส่วนตัว | | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง: แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจนี้เป็นการให้คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะของการประเมินจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความถี่ของอาการต่างๆ ที่ปรากฏ โดยในแต่ละหัวข้อให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความเหมาะสม ดังนี้

ส่วนที่ 1: การประเมินลักษณะอาการ (Symptomatology)

ก. อาการหวาดระแวงและหลงผิด (Paranoid and delusional ideation)

1. อาการหลงผิดว่ามีคนจะมาขโมยของ

- 0 ไม่มี
- 1 หลงผิดว่ามีคนนำของไปซ่อน
- 2 หลงผิดว่ามีคนเข้ามาขโมยของในบ้าน
- 3 พูดยาโต้ตอบกับคนที่เข้ามาในบ้านเพราะคิดว่าเขาเป็นขโมย

2. อาการหลงผิดว่าบ้านที่อยู่ไม่ใช่บ้านของตน

- 0 ไม่มี
- 1 หลงผิดว่าสถานที่ซึ่งกำลังอาศัยอยู่นั้น แม้ว่าจะเพียงชั่วคราว เช่น โรงพยาบาล หรือสถานพักฟื้นนั้น ไม่ใช่สถานที่ซึ่งตนเองกำลังอาศัยอยู่
- 2 พยายามหนีออกจากบ้านหรือที่พักเพื่อกลับบ้าน
- 3 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อการถูกห้ามออกไปนอกบ้าน หรือการถูกกักขัง

3. อาการหลงผิดว่าคู่ครองหรือผู้ดูแลพูดโกหก

- 0 ไม่มี
- 1 เชื่อว่าคู่ครองหรือผู้ดูแลพูดโกหก
- 2 โกรธคู่ครองหรือผู้ดูแลคนนั้น ๆ ที่เชื่อว่าเขาพูดโกหก
- 3 แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคู่ครองหรือผู้ดูแล

4. อาการหลงผิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

- 0 ไม่มี
- 1 สงสัยว่าผู้ดูแลกำลังจะทอดทิ้งตนเองหรือวางแผนส่งตนไปอยู่ที่อื่น
- 2 กล่าวหาว่าผู้ดูแลวางแผนจะทอดทิ้งตน
- 3 กล่าวหาว่าผู้ดูแลทอดทิ้งตน

5. อาการหลงผิดว่าคนอื่น ๆ ไม่เชื่อสัตย์กับตน

- 0 ไม่มี
- 1 เชื่อว่าคู่ครองมีชู้ หรือบุตรหลาน และหรือผู้ดูแลไม่เชื่อสัตย์
- 2 โกรธที่คู่ครอง บุตรหลาน หรือผู้ดูแลไม่เชื่อสัตย์
- 3 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อคู่ครอง บุตรหลาน หรือผู้ดูแลอันเนื่องมาจากความเชื่อว่า เขาเหล่านั้นไม่เชื่อสัตย์

6. อาการหวาดระแวงอื่น ๆ (นอกเหนือจากข้างต้น)

- 0 ไม่มี
- 1 มีความสงสัยหรือหวาดระแวง (เช่น การซ่อนสิ่งของแล้วหาเองไม่เจอ)
- 2 มีความหวาดระแวง (หมายถึง เชื่อว่าสิ่งที่ตนหวาดระแวงนั้นเป็นจริง และ หรือมีความโกรธซึ่งเป็นผลมาจากความหวาดระแวงนั้น)
- 3 มีปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากความหวาดระแวงนั้น

อาการหวาดระแวงอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้นคือ.....
 กรุณาอธิบาย

.....

.....

7. อาการหลงผิด (นอกเหนือจากข้างต้น)

- 0 ไม่มี
- 1 มีอาการหลงผิด
- 2 พุดหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่น่าจะเกิดจากอาการหลงผิด
- 3 มีปฏิกิริยาโต้ตอบทางร่างกายอย่างก้าวร้าวรุนแรงที่น่าจะเกิดจากอาการหลงผิด

อาการหลงผิดอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้นคือ.....
 กรุณาอธิบาย

.....

.....

รวมคะแนน ก.

ข. ประสาทหลอน

8. เห็นภาพหลอน

- 0 ไม่มี
- 1 เห็นภาพหลอน แต่บอกไม่ได้ว่าเห็นอะไร
- 2 เห็นภาพหลอนเป็นสิ่งที่ต่าง ๆ ชัดเจนและสามารถระบุเป็นคนหรือสิ่งของได้ (เช่น เห็นคนที่โตะ)
- 3 พูดตอบได้ หรือมีปฏิกิริยาโต้ตอบทางร่างกายหรือแสดงอารมณ์ต่อเสียงนั้น ๆ

9. อากาหูแว่ว

- 0 ไม่มี
- 1 มี แต่บอกไม่ได้ว่าได้ยินเสียงอะไร
- 2 บอกได้ว่า ได้ยินเสียงอะไรหรือได้ยินคำว่าอะไร
- 3 พูดหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทางร่างกายหรือแสดงอารมณ์ต่อเสียงนั้น ๆ

10. การได้กลิ่นแปลก ๆ

- 0 ไม่มี
- 1 มี แต่บอกไม่ได้ว่าได้กลิ่นอะไร
- 2 บอกได้ชัดเจนว่าได้กลิ่นอะไร เช่น ได้กลิ่นของควันไฟหรือกลิ่นไหม้
- 3 พูดหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทางร่างกายหรือแสดงอารมณ์ต่อกลิ่นนั้น ๆ

11. การรู้สึกสัมผัสทางผิวหนังที่ผิดปกติ

- 0 ไม่มี
- 1 มี แต่บอกไม่ได้ว่าเป็นอย่างไร
- 2 บอกได้ชัดเจน เช่น รู้สึกว่ามีบางอย่างกำลังไต่อยู่ตามร่างกาย
- 3 พูดหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทางร่างกายหรือแสดงอารมณ์ต่อสัมผัสนั้น ๆ

12. อากาประสาทหลอนอื่น ๆ

- 0 ไม่มี
- 1 บอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร
- 2 บอกได้ชัดเจน
- 3 พูดหรือแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบทางร่างกายหรือแสดงอารมณ์ต่อการรับรู้ที่ผิดปกติ

นั้น ๆ

อาการประสาทหลอนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้น คือ.....
 กรุณาอธิบาย

รวมคะแนน ข.

ค. พฤติกรรมผิดปกติ (Activity Disturbances)

13. เดินไปมารอบบ้านโดยไม่มีจุดหมาย หรือหนีออกจากบ้าน

- 0 ไม่มี
 1 มีบางครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องจำกัดบริเวณ
 2 ต้องจำกัดบริเวณ
 3 พุดหรือแสดงพฤติกรรมทางกายหรือแสดงอารมณ์ต่อการถูกจำกัดบริเวณ

14. ทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย (Cognitive Abulia)

- 0 ไม่มี
 1 ทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เช่น เปิดและปิดกระเป๋าช้ำ ๆ , ตัดและถอดกระดุมซ้ำ ๆ , ถอดหรือใส่เสื้อผ้าซ้ำ ๆ , ถามคำถามซ้ำ ๆ
 2 เดินไม่หยุด หรือทำกิจกรรมซ้ำ ๆ จนต้องดูแลและห้ามปราม
 3 เกิดบาดแผลถลอกหรือการบาดเจ็บทางกายอันเนื่องมาจากการทำกิจกรรมเหล่านั้นซ้ำ ๆ

15. แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- 0 ไม่มี
 1 มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เก็บหรือซ่อนสิ่งของในที่ ๆ ไม่เหมาะสม หรือมีการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม (เช่น ถอดเสื้อผ้าในที่ ๆ ไม่เหมาะสม เป็นต้น)
 2 มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งต้องดูแลและห้ามปราม
 3 มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งต้องดูแลและห้ามปราม และผู้ป่วยได้ตอบด้วยการแสดงความโกรธหรือความรุนแรงออกมาเมื่อถูกห้ามปราม

รวมคะแนน ค.

ง. ไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว (Aggressiveness)

16. ตะโกนเสียงดัง หรือส่งเสียงคำ

- 0 ไม่มี
- 1 มี โดยอาจมีการพูดคำที่ไม่สุภาพ
- 2 มีตะโกนเสียงดังด้วยความโกรธ
- 3 คำใดครบบางคนด้วยความโกรธ

17. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

- 0 ไม่มี
- 1 มีพฤติกรรมที่ส่อไปในทางรุนแรง
- 2 มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 3 มีพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์หรือความคิดที่รุนแรง

18. อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สงบ (นอกเหนือจากข้างต้น)

- 0 ไม่มี
- 1 มีกระสับกระส่าย กระวนกระวาย
- 2 มีกระสับกระส่าย กระวนกระวาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ร่วมด้วย
- 3 มีกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม

อาการกระสับกระส่ายอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้นคือ.....

กรุณาอธิบาย

.....

รวมคะแนน ง.

จ. วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป (Diurnal Rhythm Disturbances)

19. ช่วงเวลาการนอนหลับกลางวันและกลางคืนเปลี่ยนแปลงไป

- 0 ไม่มี
- 1 ตื่นบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน

- 2 นอนหลับได้ประมาณ 50-70 เปอร์เซ็นต์ของรอบการนอนปกติในเวลากลางคืน
- 3 รอบของการนอนหลับผิดปกติ นอนหลับได้น้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของรอบการนอนปกติในเวลากลางคืน

รวมคะแนน จ.

ฉ. อารมณ์แปรปรวน

20. ร้องไห้

- 0 ไม่มี
- 1 มี
- 2 มีโดยทราบสาเหตุที่ชัดเจน
- 3 มีโดยทราบสาเหตุที่ชัดเจนร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น การขำมือ หรือทำทางอื่น ๆ

21. ซึมเศร้า หดหู่แบบอื่น ๆ

- 0 ไม่มี
- 1 มี เช่น บางครั้งพูดว่าอยากตายโดยไม่มีปัจจัยร่วมที่ชัดเจน
- 2 มีและมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 3 มีซึมเศร้าหดหู่ ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น พยายามฆ่าตัวตาย

อาการซึมเศร้าอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้นคือ.....

กรณอาธิบาย

.....

รวมคะแนน ฉ.

ข. ความวิตกกังวลและหวาดกลัว (Anxieties and Phobias)

22. วิตกกังวลถึงเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิด (Godot Syndrome)

- 0 ไม่มี
- 1 มี และถามคำถามซ้ำ ๆ หรือการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิด

- 2 มี และรบกวนผู้ดูแล
- 3 มี และรบกวนผู้ดูแลอย่างมากจนผู้ดูแลทนไม่ได้

23. ความวิตกกังวลอื่น ๆ

- 0 ไม่มี
- 1 มี
- 2 มี และรบกวนผู้ดูแล
- 3 มี และรบกวนผู้ดูแลอย่างมากจนผู้ดูแลทนไม่ได้

ความวิตกกังวลอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้นคือ.....

กรุณาอธิบาย

24. ความกลัวที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว

- 0 ไม่มี
- 1 มี โดยพูดหรือส่งเสียงที่แสดงถึงความกลัวที่จะต้องอยู่คนเดียว
- 2 พูดหรือส่งเสียงเพื่อร้องขอ ทำกิจกรรมบางอย่างเป็นพิเศษกับผู้ดูแล (เพื่อที่จะได้อยู่ใกล้กับผู้ดูแลมากขึ้น)
- 3 พูดหรือส่งเสียงเพื่อร้องขอ อยู่ใกล้ ๆ ผู้ดูแลตลอดเวลา

25. ความกลัวอื่น ๆ

- 0 ไม่มี
- 1 มี
- 2 มี และผู้ดูแลต้องเพิ่มการดูแลมากขึ้น
- 3 มีและจำเป็นต้องควบคุมพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยด้วย

ความกลัวอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้างต้นนั้นคือ.....

กรุณาอธิบาย

รวมคะแนน ช.

ส่วนที่ 2 ประเมินโดยรวม(Global Rating)

จากอาการทั้งหมดของคนไข้ ข้อใดคือข้อสรุปที่เหมาะสมที่สุด

- 0 ไม่สร้างปัญหาใดๆให้กับผู้ดูแลหรือไม่มีอันตรายใดๆกับตัวผู้ป่วยเอง
- 1 สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแลเล็กน้อยหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง
- 2 สร้างปัญหาให้กับตัวผู้ดูแลปานกลางหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง
- 3 สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแลมากหรือมีผลให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเอง

คะแนนรวมส่วนที่ 1 :

คะแนนรวมส่วนที่ 2 :

อาการที่รบกวนผู้ดูแลมากที่สุดคืออะไร (เรียงตามลำดับ)

1.
2.
3.
4.
5.

(แบบประเมินฉบับนี้ได้รับอนุญาตจาก นันทิกา ทวิชาชาติ ให้ใช้เพื่อการศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น ห้ามเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสาธิตา แรกค่านวน เกิดวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช
สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาภาพถ่ายบำบัด คณะสหเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. 2550 และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโทบัณฑิต
สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา
2553