

การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Perceived stigma in people with mild dementia and their caregivers
at King Chulalongkorn Memorial hospital

Miss Nardchanika Arthawimon



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 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและ ผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงษ์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ แพทย์หญิงมุกทิตา พนาสถิตย์)

นาถชนิกา อาทะวิมล : การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (Perceived stigma in people with mild dementia and their caregivers at King Chulalongkorn Memorial hospital) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 113 หน้า.

เหตุผลการทำวิจัย : โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาจก่อให้เกิดตราบาป ในผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย : ศึกษาการรับรู้ตราบาปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รูปแบบการวิจัย : รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 97 คน ได้แก่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดAD VAD AD with CVD MCI และ mixed dementiaที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีผู้ดูแลซึ่งอยู่ดูแลไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันและดูแลมานานไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัด stigma impact scale (SIS) แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview Thai version) แบบประเมิน NPI-Q แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ โดยวิเคราะห์ทางสถิติของค่าการรับรู้ตราบาปเป็นค่าเฉลี่ย ค่าสัดส่วน และร้อยละและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยการทดสอบด้วย t-test และOne-way ANOVA แล้วทำการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยวิธี linear regression analysis

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 92.8 และ 89.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการมีโรคสมองเสื่อมในครอบครัว คะแนนจากแบบวัด NPI-Q ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยได้แก่อายุและประวัติการมีโรคสมองเสื่อมในครอบครัว และปัจจัยทำนายของผู้ดูแล ได้แก่ ความความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง

สรุปผลการศึกษา : การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยเกี่ยวข้องกับอายุการมีประวัติครอบครัว อายุ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิติ
.....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
.....

ปีการศึกษา 2559

5774126730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: STIGMA / EARLY STAGE DEMENTIA

NARDCHANIKA ARTHAWIMON: Perceived stigma in people with mild dementia and their caregivers at King Chulalongkorn Memorial hospital. ADVISOR: ASST. PROF.SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, M.D., 113 pp.

Background : Dementia is a common disease in the elderly. Lacking knowledge and understanding may cause the perceived stigma Of dementia among patients and caregivers.

Objectives : To explore the perceived stigma in the people with early stages of dementia and their caregivers at the out-patient clinic of King Chulalongkorn Memorial hospital.

Design : A cross-sectional descriptive study.

Materials and Methods : A total of 97 individuals, including people with early stage of dementia and caregivers , were recruited . All subjects with at least 60 years old were diagnosed by psychiatrists or neurologists with AD , VAD, AD with CVD, MCI and mixed dementia .The caregivers had to take care of the patients not less than three hours per day for at least one month. The tools used to collect data composed of the questionnaire about demographic and clinical data of the patients and caregivers , stigma impact scale (SIS), Zarit Burden Interview Thai version Questionnaire, Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q thai version), Assessment of knowledge about Alzheimer's disease questionnaire . Statistical analysis was performed for percentage, mean, and standard deviation of the SIS and univariate analysis was done for associated factors with *t*-test, One-way ANOVA. Linear regression analysis was computed for the predictive factors of SIS

Results : Most of the patients and caregivers had low SIS score, 92.8 and 89.7 percent respectively. Factors associated with the perceived stigma among patients were the patients' age, educational level , family history of dementia.,NPI-Q scores and the level of caregiver's burden . Factors associated with the perceived stigma among the caregivers were age ,educational level and inadequate income. The predictive factors for the perceived stigma among patients and caregivers were age and family history of dementia. Only high level of caregiver's burden could predict the SIS score of the caregivers in this study.

Conclusion : The results of this study showed that the level of perceived stigma of dementia among patients and caregivers were low. Age,the family history of dementia and high level of caregiver's burden were the predictive factors of high SIS score.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2016

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อคิดรวมไปถึงคำแนะนำ ช่วยเหลือ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดการทำวิจัย และวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณมาอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หุุ่มเรื่องวงษ์ ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์แพทย์หญิงมุกิตา พนาสถิตย์ ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบจากภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย สนับสนุน และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด

ขอขอบคุณเจ้าของแบบสอบถามทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัย และที่อนุญาตให้นำมาแปลเป็นภาษาไทย

ขอขอบคุณดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณบุคลากรของคลินิกสมองเสื่อม , คลินิกจิตเวชผู้ใหญ่ (ตึกภปร.ชั้น12) ,ศูนย์ฝึกสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตึกสร.ชั้น7) ที่ให้ความช่วยเหลือ และคอยให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่ และเพื่อนๆทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และคอยให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในการเรียนมาโดยตลอด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1	1
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามงานวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตงานวิจัย.....	2
คำนิยามที่ใช้ในงานวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
บทที่ 2	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับตราบาป	6
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม.....	8
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล.....	16
ผู้ดูแล.....	18
บทที่ 3	23
วิธีดำเนินการวิจัย	23
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	23

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	23
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	24
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
บทที่ 4	28
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	28
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	29
1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย.....	29
1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล.....	32
1.3 คะแนนจากคะแนนแบบวัดที่เกี่ยวข้อง	35
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ทราบในผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลด้วย วิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และ ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Game-Howell	39
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การรับรู้ทราบในผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลกับแบบ ประเมินที่เกี่ยวข้อง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Game-Howell	44
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้ทราบในผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและ ผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Linear regression analysis	48
บทที่ 5	50
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	50
สรุปผลการวิจัย.....	50
การอภิปรายผล	53
ข้อจำกัดในการทำวิจัย	58
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้.....	59

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	59
รายการอ้างอิง.....	60
ภาคผนวก.....	65
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	113



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	29
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม ชนิดของโรค สมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย คะแนนจากแบบวัด โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการ และภาวะโรคร่วม.....	31
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิฐานะ ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย	32
ตารางที่ 4	แสดงคะแนนแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วย (Stigma Impact Scale) ตามช่วงคะแนน.....	35
ตารางที่ 5	แสดงค่าคะแนนแบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden interview) โดยจัดกลุ่มตามคะแนน	35
ตารางที่ 6	แสดงค่าคะแนนแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแล (Stigma Impact Scale) ตามช่วงคะแนน.....	36
ตารางที่ 7	แสดงค่าคะแนนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease Knowledge Scale) ของผู้ดูแล ตามช่วงคะแนน	36
ตารางที่ 8	แสดงค่าคะแนนแบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) ตามช่วงคะแนน	37
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามโดเมนของแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วย (N=97คน).....	37
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามโดเมนของแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแล (N=97คน).....	38
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ t-test.....	39
ตารางที่ 12	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ t-test	41

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยกับ
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD ... 42

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลกับ
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD ... 43

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของแบบวัดความรู้สึกเป็นตรา
บาปของผู้ป่วยกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA (N =
97) 44

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาป
ของผู้ดูแลกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA (N = 97).... 44

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาป
ของผู้ป่วยกับแบบวัด NPI-Q โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี
Games-Howell (N = 97) 45

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาป
ของผู้ดูแลกับแบบวัด NPI-Q โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี
Games-Howell (N = 97) 46

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาป
ของผู้ป่วยกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่าง
รายคู่ด้วยวิธี Games-Howell (N = 97)..... 46

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาป
ของผู้ดูแลกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างราย
คู่ด้วยวิธี Games-Howell (N = 97)..... 47

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อม
ระยะแรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=97) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ
(Multiple Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise 48

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมอง
เสื่อมระยะแรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=97) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ
(Multiple Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise 49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เกือบ 100 ปีที่นับตั้งแต่ นายแพทย์ อัลลอยด์ อัลไซเมอร์ (Alois Alzheimer) ได้ค้นพบอาการของโรคสมองเสื่อมที่เรียกว่าโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ความรู้ งานวิจัย เทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องของโรคสมองเสื่อมก็ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ เป็นลำดับจนถึงปัจจุบัน แต่ถึงจะมีการพัฒนามามากเพียงใดก็ตามปัญหาของโรคสมองเสื่อมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนั้นก็ยังคงเป็นปัญหาหลักสำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไขและดูแลรักษากันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการที่สังคมส่วนใหญ่ในปัจจุบันแทบจะในทุกประเทศนั้นมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและยังจะมีโอกาสเพิ่มมากขึ้นอีกในอนาคตซึ่งอาจจะมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร และจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นนี้เองจึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความจำหรือโรคสมองเสื่อมอย่างที่คุณคนทั่วไปเข้าใจ เช่น การเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การยอมรับเมื่อต้องเป็นผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมรวมถึงการดูแลตนเอง ทัศนคติและมุมมองที่มีต่อโรคสมองเสื่อม⁽¹⁾

ความชุกของโรคสมองเสื่อม จะมีจำนวนสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อมีอายุมากกว่า 65 ปี โดยจะเพิ่มด้วยอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1.4 และจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากแนวโน้มของความชุกดังกล่าวทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีเกณฑ์ที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้นไปอีกในอนาคต ซึ่งลักษณะสำคัญของโรคสมองเสื่อมคืออาการหลงลืมที่มักจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นที่ไม่สามารถจดจำอะไรได้และไม่สามารถดูแลตัวเองในแต่ละวันได้⁽²⁾ ดังนั้นอาจพบได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นนั้นอาจจะเกิดการรับรู้ต่อการเป็นโรคนี้อย่างแตกต่างกันออกไป

จากแนวโน้มของความชุกดังกล่าวทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีเกณฑ์ที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้นไปอีกในอนาคต ซึ่งลักษณะสำคัญของโรคสมองเสื่อมคืออาการหลงลืมที่มักจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นที่ไม่สามารถจดจำอะไรได้และไม่สามารถดูแลตัวเองในแต่ละวันได้⁽²⁾ ดังนั้นอาจพบได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นนั้นอาจจะเกิดการรับรู้ต่อการเป็นโรคนี้อย่างแตกต่างกันออกไป

จากการศึกษาการมีตราบาปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป และพบว่ามีตราบาปจากโรคสมองเสื่อมเพียงคนเดียว จากจำนวนทั้งหมดของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยสามารถคาดเดาได้ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษถัดไป ดังนั้นในปี 2030 จำนวนของคนที่เป็โรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 4,500,000-7,700,000 คน⁽³⁾

จากรายงานของ World Alzheimer Report ปี2012⁽⁴⁾ ที่พูดถึงเรื่อง การเอาชนะตราบาปจากโรคสมองเสื่อม (Overcoming the stigma of dementia) ที่ได้รวบรวมจากการสำรวจความเห็นจากประชาชน 2,500 คน (ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและครอบครัว) กว่า 50 ประเทศ มาตอบแบบสอบถามวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกประสบการณ์การรับรู้ตราบาปส่วนตัว ของผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวที่ดูแล พบว่า 24% ของผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมักจะปกปิดผลการวินิจฉัยของตนเอง นอกจากนี้ 40% ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอ้างว่าถูกไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ และ 60% อ้างว่ากลุ่มสังคมหรือ กลุ่มเพื่อนหลีกเลี่ยงเขาหลังจากที่ทราบว่าเขาเป็นโรคสมองเสื่อม

จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลในบริบทของสังคมไทยอีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่จะมีการวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล อีกทั้งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกนั้นยังเป็นผู้ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ และในระยะเริ่มต้นนี้ยังเป็นระดับที่ผู้ป่วยยังมีการรู้สึกตัวดี ยังมีความรุนแรงของอาการไม่มากนัก อีกทั้งแบบวัดที่ใช้ยังเป็นแบบวัดที่อาศัยภาวะการรู้ตัวของผู้ป่วย ดังนั้นข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะอยู่ในระดับดี ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากพอที่จะวัดการรับรู้ตราบาปได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าผลที่ได้จากการวิจัยจะได้นำมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและเพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในทางที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยต่อไป

คำถามงานวิจัย

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบวัดStigma impact scaleในผู้ป่วย

และผู้ดูแล แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล แบบวัด NPI-Q แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

- ตัวแปรที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ภูมิลำเนาปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ค่าคะแนน TMSE ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ อาการทางจิตประสาท (BPSD) ที่วัดด้วย แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI-Q) โรคประจำตัว

- ตัวแปรที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา เชื้อชาติ รายได้และความเพียงพอ ต่อรายได้ ภูมิลำเนาปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำนิยามที่ใช้ในงานวิจัย

1. สมองเสื่อมระยะแรก (mild dementia) หมายถึงผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยจิตเวชในเวลาราชการ คลินิกผู้ป่วยจิตเวชนอกเวลาราชการ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมประกอบไปด้วย Alzheimer disease (AD) Vasculae dementia (VAD) ADwithCVD และ Mixed dementia และมีคะแนนจากแบบประเมิน TMSE อยู่ระหว่าง 18-23 คะแนน หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MCI (Mild Cognitive Impairment) โดยมีคะแนนจากแบบประเมิน MOCA น้อยกว่า 25 คะแนน

2. ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอยู่ดูแลไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันและดูแลผู้ป่วยมานานไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกอาจจะเป็นทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น ลูกจ้าง หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการก็ได้ เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น

3. ตราบาป (Stigma) หมายถึง ความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ทำให้เกิดความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป โดยในการศึกษานี้การรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลประเมินจากค่าคะแนนรวมจากแบบวัด Stigma Impact Scale (SIS)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่างๆดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับตราบาป
 - ความหมายของตราบาป
 - ลักษณะของตราบาป
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
 - ความหมายของโรคสมองเสื่อม
 - การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม
 - ระยะของโรคสมองเสื่อม
 - เครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยโรคสมองเสื่อม
 - ชนิดของโรคสมองเสื่อม
 - การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม
 - ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล
3. ผู้ดูแล
 - ความหมายของผู้ดูแล
 - ประเภทของผู้ดูแล
 - บทบาทของผู้ดูแล
 - การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมตามระยะอาการ
 - คำแนะนำในการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับตราบาบ

Goffman⁽⁵⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ Stigma หรือตราบาบไว้ว่าเป็นลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างจากคนทั่วไป โดยเป็นการให้ความหมายต่อบุคคลและพฤติกรรมจากสังคม ซึ่งจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนจากบุคคลปกติกลายเป็นบุคคลที่ไม่ปกติหรือไม่บริสุทธิ์ต่างพร้อมๆ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านของการถูกตีตรา ซึ่งเป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงต่อลักษณะที่บกพร่องของบุคคล หรือคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีสตรานั้นควรจะถูกแยกออกจากคนปกติ

Wahl⁽⁶⁾ กล่าวว่า ตราบาบหมายถึง ผลของการเกิดปฏิกริยาทางลบของสังคมที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นไม่เป็นที่ยอมรับ เนื่องจากการที่บุคคลมีลักษณะของความผิดปกติด้านจิตใจซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิตทำให้บุคคลนั้นมีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป และถูกแบ่งแยกกีดกันจากการมีอคติของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยนั้น โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการถูกกีดกันและด้านการแบ่งแยกกีดกัน

Becker⁽⁷⁾ ได้กล่าวถึง ทฤษฎีการตีตรา (Labeling theory) ว่า กลุ่มบุคคลที่สังคมเป็นผู้ที่กำหนดความแตกต่างของบุคคล โดยจะมีการสร้างกฎเกณฑ์ภายใต้บรรทัดฐานของกลุ่มบุคคลในสังคม และนำเกณฑ์นี้มาใช้ในสังคมซึ่งทำการตีตราบุคคลจากลักษณะภายนอก และเชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากการนิยามของกลุ่มบุคคลในสังคมที่มีผลทำให้ผู้ที่ถูกตีสตรานั้นมีการกระทำที่เบี่ยงเบนไปตามตราบาบนั้น Corrigan & Watson ได้กล่าวถึงลักษณะของตราบาบไว้ 2 ลักษณะคือ ตราบาบจากสังคม (Public stigma) และ การรับรู้ตราบาบ (Self stigma) โดยที่ตราบาบจากสังคมเป็นปฏิกริยาของคนทั่วไปต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ในขณะที่การรับรู้ตราบาบเป็นความรู้สึกจากภายในจิตใจที่เกิดจากการถูกบุคคลอื่นมีการมองภาพเกี่ยวกับตนเองที่เจ็บป่วยทางจิตและเชื่อในสิ่งที่เห็น และทั้งสองลักษณะของตราบาบนี้ จะประกอบด้วยทัศนคติทั่วไปของกลุ่มสังคม ความมีอคติและการแบ่งแยกกีดกัน โดยทัศนคติทั่วไปของกลุ่มสังคม ความมีอคติและแบ่งแยกกีดกัน โดยทัศนคติทั่วไปของกลุ่มสังคมจะนำไปสู่ความมีอคติ และการแบ่งแยกกีดกันจะเป็นผลมาจากความมีอคติ

pilgrim⁽⁸⁾ ได้ให้ความหมายของตราบาบไว้ว่า ตราบาบเป็นผลลัพธ์ทางสังคมที่มีต่อลักษณะทางลบของบุคคล โดยมีพื้นฐานจากทัศนคติทั่วไปของกลุ่มในสังคม ซึ่งจะเป็นที่เข้าใจว่าบุคคลนั้นขาดการรับรู้เข้าใจ ไม่มีความสามารถทางสังคม และมีแนวคิดว่าตราบาบมีความสัมพันธ์กับอาการทางอารมณ์ ได้แก่ การหวาดกลัว การดูถูก การทำให้ขายหน้า น่ารังเกียจ

กรมสุขภาพจิต⁽⁹⁾ ได้ให้ความหมายของตราบาบไว้คือ การทำให้เสียหน้า เสื่อมเสีย ขายหน้า ไม่มีค่า มีผลทำให้เกิดความอับอาย ถูกตัดสิทธิ์ สิ้นหวัง หรืออาจจะหมายถึง อคติ โดยเชื่อว่าผู้ที่มีปัญหาทางจิตจะถูกแบ่งแยกกีดกัน อีกทั้งยังถูกทำให้เสียประโยชน์ในชีวิตและสังคม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว รวมไปถึงการประกอบอาชีพต่างๆอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป ตราบาบ หมายถึงทัศนคติของบุคคลทั่วไปในสังคม ที่มีต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ หรืออาจจะมีลักษณะที่แตกต่างจากคนทั่วไป โดยทัศนคติที่บุคคลทั่วไปมีผลต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจจะส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความน่าอับอาย เสื่อมเสีย ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคม รวมไปถึงถูกแบ่งแยกกีดกันจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม⁽¹⁰⁾

ลักษณะของตราบาบ

Goffman ได้แบ่งลักษณะของตราบาบออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ความเกลียดชังทางด้านร่างกาย ได้แก่ความพิการ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือทำกิจกรรมต่างๆทางสังคมได้
2. ลักษณะของความเสื่อมเสีย ต่างพร้อยของบุคคล ส่งผลให้บุคคลไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง ได้แก่ การที่บุคคลมีความผิดปกติทางจิต ผู้ที่กระทำผิด ผู้ที่ติดสารเสพติด ผู้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ โสเภณี ผู้ว่างงาน ผู้ที่ยากจนไร้ที่อยู่อาศัย กบฏทางการเมือง เป็นต้น
3. เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย คนผิวดำในหมู่คนผิวขาว⁽¹¹⁾

จากการศึกษาของ Goffman พบว่าแบบแผนในการปรับตัวของบุคคลที่ถูกตีตราหรือมีตราบาบจากสังคมนั้น มีรูปแบบที่แตกต่างออกไป ดังนี้

1. hiding their illness คือลักษณะที่มีการปิดบังลักษณะการเจ็บป่วยหรือความพิการ และบุคคลพยายามที่จะปิดบังหรือปกปิดไม่ให้บุคคลอื่นรู้
2. covering คือ การที่บุคคลพยายามเบี่ยงเบนความสนใจ
3. disclosing คือการที่บุคคลที่มีตราบาบหรือมีการตีตรา ได้เปิดเผยตนเอง เพื่อต้องการการได้รับการช่วยเหลือจากสังคม
4. devince disavowal คือการที่บุคคลที่มีตราบาบหรือถูกตีตราปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้มีความแตกต่างจากบุคคลอื่น
5. challenging หรือ resist social norm คือการที่บุคคลไม่ยอมรับตนเองว่าถูกตีตราหรือมีตราบาบ แต่กลับไปตีตราบุคคลอื่นว่าเป็นผู้ที่ไม่ดีศีลธรรม

จากบทความของ The National Mental Health Stigma Reduction Partnership ได้พูดถึงปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดการรับรู้ตราบาบ ประกอบไปด้วย

1. การขาดความรู้ (ความไม่รู้) เนื่องจากคนทั่วไปในสังคมนั้นมีความเข้าใจเพียงแค่เล็กน้อยเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตและข้อมูลที่มีนั้นก็ไม่ได้ถูกต้องมากนัก ซึ่งสังคมนั้นควรให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์มากขึ้นเพื่อลดความเข้าใจผิด
2. ทักษะคติเชิงลบ (อคติ) เช่น การหลีกเลี่ยงที่จะพบปะพูดคุยกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยอาศัย ประสบการณ์เดิม ซึ่งทัศนคติเหล่านี้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ตราบาปในตนเอง
3. พฤติกรรมที่เป็นมิตร (การเลือกปฏิบัติ) คือการที่บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นไม่ได้รับสิทธิที่เท่าเทียมเหมือนกับบุคคลปกติในสังคม เห็นได้จาก เกิดการกีดกันทางสังคม การปฏิเสธการเข้าสังคมและกลุ่มสัมพันธ์⁽¹¹⁾

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (Dementia) คือภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมของการทำงานของสมองทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพได้ โดยสมองเสื่อมนั้นไม่ใช่ภาวะปกติที่จะพบในผู้สูงอายุ แต่โรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุอาจจะมีการหลงลืมได้บ้างตามวัย แต่ว่าเมื่อลืมแล้วก็สามารถจำได้ เช่น หลงลืมที่ที่วางของไว้ แต่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม จะไม่สามารถจำสิ่งเหล่านี้ได้เลย ว่าวางของไว้ที่ใด และอาจจะหลงลืมไปถึงกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปหรือยัง ซึ่งการลืมแบบนี้ถือว่าเป็นลักษณะการลืมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพพร้อมด้วย ยกตัวอย่างเช่น แต่ก่อนผู้ป่วยเคยเป็นผู้ที่แต่งตัวสวย รักความสะอาด แต่เมื่อมีอาการทางโรคสมองเสื่อมผู้ป่วยก็จะไม่สนใจไม่ดูแลตัวเอง เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ ไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่เสื้อผ้าชุดเดิมซ้ำๆ โดยอาจพบเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมตามมาด้วย เช่น ก้าวร้าว รุนแรง หรือในทางกลับกันบางคนอาจกลับอึดหรือหัวเราะตลอดเวลา ทั้งๆที่ไม่ใช่เรื่องขำ โดยผู้ป่วยอาจหัวเราะไป กินข้าวไป⁽¹²⁾

WHO ได้ให้ความหมายของโรคสมองเสื่อมไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความเสื่อมต่อความสามารถทางด้านสติปัญญาต่างๆอย่างต่อเนื่อง และเรื้อรัง แต่ยังมีระดับความรู้สึกตัวดี

สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของโรคสมองเสื่อมไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในส่วนของเปลือกสมอง โดยจะส่งผลต่อความบกพร่องด้านสติปัญญา ซึ่งจะมีภาวะเสื่อมลงของเรื่องความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมไปถึงการตัดสินใจบกพร่อง ความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและทางด้านอารมณ์ โดยมีระดับการรู้ตัวที่ปกติ โดยอาการที่เกิดขึ้นมานั้นมีมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และจะรุนแรงขึ้นจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

กัมมันต์ พันธุมจินดา และเฉลิมชาติ วรรณพฤษ⁽¹⁴⁾ ได้กล่าวถึงโรคสมองเสื่อมไว้ว่า โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของ cerebral cortex จึงทำให้เกิดความผิดปกติในด้านสติปัญญา ความคิด และความจำที่บกพร่อง ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาด หลงลืม มีความคิดนามธรรมที่ผิดปกติ ซึ่งอาการของโรคสมองเสื่อมจะประกอบด้วย การหลงลืม เหตุการณ์ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่นาน หลงลืมเวลา สถานที่ สับสนเรื่อง วัน เวลา บุคคล ระยะทาง บางรายอาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว พูดซ้ำๆ มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน⁽¹⁵⁾ กล่าวถึงโรคสมองเสื่อมไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของความสามารถทางสมองที่ลดลงเรื่อยๆส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำที่บกพร่อง โดยในช่วงแรกๆจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ และเมื่อมีอาการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆที่เคยรู้หรือที่เคยทำได้ไปเรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการอื่นๆที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของเปลือกสมองไป ส่งผลให้ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องของการคิดคำนวณสมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม รวมไปถึงการมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม

สรุปว่า โรคสมองเสื่อม เป็นภาวะของการผิดปกติของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติในเรื่องของความจำ สติปัญญา ความคิด และยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย โดยลักษณะอาการจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะสูญเสียเรื่องการเรียนรู้ ไม่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ และยังส่งผลเสียต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการเข้าสังคมและการประกอบอาชีพ

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมนั้นนิยมใช้หลักเกณฑ์จากสมาคมนจิตแพทย์อเมริกันที่ชื่อ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) ซึ่งได้มี การปรับปรุงหลักเกณฑ์การวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันที่จะให้หลักของ DSM-5 ซึ่งเรียกภาวะสมองเสื่อมว่า

major neurocognitive disorder⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักมีความจำบกพร่องในหลายๆด้านทั้ง ความจำทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว โดยผู้ป่วยจะมีความปัญหาเรื่องความจำ ซึ่งเป็นการสูญเสียความสามารถในการจดจำเรื่องราวใหม่ๆ อีกทั้งไม่สามารถจดจำเรื่องราวที่เคยเรียนรู้และจดจำได้ และอาจจะมีอาการบกพร่องอื่นร่วมในด้านต่างๆ ต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ เช่น

- มีความผิดปกติของวจนภาษา (aphasia) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ภาษาพูด
- สูญเสียความชำนาญที่เคยเรียนรู้ (apraxia) ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆไม่ได้
- สูญเสียการรู้จักวัตถุ (agnosia) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำ หรือรู้จักสิ่งต่างๆได้แม้จะมี

ประสาทการรับรู้ที่เป็นปกติ

- สูญเสียความสามารถในการบริหาร จัดหน้าที่การงาน (disturbance of executive function) เช่น สูญเสียความสามารถในการวางแผน การประมวลผล การวางลำดับ และการคิดเชิงนามธรรม

ความผิดปกติดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางสังคม และหน้าที่การงานอย่างชัดเจน โดยมีการดำเนินโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆอย่างช้าๆและต่อเนื่อง โดยประวัติที่ช่วยในการวินิจฉัยอาการของโรคสมองเสื่อม คือ มีอาการเกิดขึ้นช้าๆและยาวนานกว่า 6 เดือน บางรายอาจจะยาวนานเป็นปีจึงจะเริ่มแสดงอาการให้เห็นอย่างเด่นชัด ซึ่งระยะแรกของการดำเนินโรคคือผู้ป่วยมักจะเริ่มสูญเสียความสามารถในการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ต่อมาในระยะอาการที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะเริ่มสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักจะไม่วัดว่าตนเองความจำไม่ดี⁽¹⁷⁾

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานคือการจำแนกตามที่มาของสาเหตุ ดังนี้⁽¹⁸⁾

1. สาเหตุปฐมภูมิ เป็นสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติภายในเนื้อสมอง โดยโรคที่พบได้บ่อยจากสาเหตุนี้คือ

- Neurodegenerative disease เช่น Alzheimer's disease , parkinson disease with dementia ,Lewy bodies disease ,Fronto-temporal dementia เป็นต้น

- โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดผิดปกติ (Vascular dementia) เช่น เส้นเลือดตีบ

- สมองเสื่อมจากอุบัติเหตุบริเวณสมอง เช่น ภาวะที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ

- สมองเสื่อมจากความผิดปกติภายในสมองอื่นๆ เช่น เนื้องอกในสมอง

- การติดเชื้อในสมอง เช่น จากเชื้อHIV เชื้อรา เชื้อวัณโรค เชื้อพยาธิ

2. สาเหตุทุติยภูมิ เป็นสาเหตุที่มาจากภายนอกของเนื้อสมอง ได้แก่

- สมองเสื่อมจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์และกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย

- ภาวะการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินB12

- สาเหตุมาจากสารพิษและยา เช่น สุรา ยารักษาโรค ยาทางจิตเวช เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า

ยานอนหลับ

- ภาวะที่ให้อาการคล้ายภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า

ระยะของโรคสมองเสื่อม

1. ระยะแรกหรือระยะเริ่มต้น (mild dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของการทำงานของสมอง โดยจะสูญเสียความจำระยะสั้น (Short Term Memory) มักจะจำเหตุการณ์เก่าๆ ได้ดี มีการถามคำถามเดิมๆ ซ้ำจนผิดสังเกต มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ปัญหาด้านบุคลิกภาพรวมไปถึงปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก สับสนทิศทางในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย แต่ยังสามารถดูแลตัวเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ง่ายๆ ได้ เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่หากเป็นกิจวัตรที่มีความซับซ้อนมักจะมีอาการบกพร่อง เช่น คิดบัญชีรายรับ-รายจ่าย และยังพบปัญหาเรื่องอารมณ์ เช่น มักกล่าวโทษผู้อื่น มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยบางรายอาจรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเองซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเริ่มแยกตัวออกจากสังคมหรือครอบครัวได้

2. ระยะกลาง (moderate dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความจำที่บกพร่องมากขึ้น โดยจะพบว่าจะเริ่มจำสิ่งที่เคยทำไปแล้วไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ทานยา และอาจจะจำญาติห่างๆ ของตนเองไม่ได้ ความจำในเรื่องเก่าๆ จะค่อยๆ เสื่อมลงเรื่อยๆ มักวางของไม่เป็นที่หรือไม่ได้อยู่ในที่เดิม มักพูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ เริ่มมีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งในระยะนี้จะพบว่าผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง บกพร่องในกิจวัตรประจำวันอย่างชัดเจน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคลบกพร่อง บุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลง อารมณ์จะแปรปรวนมากยิ่งขึ้น ในผู้ป่วยบางรายอาจพบเรื่องหูแว่ว ประสาทหลอนได้

3. ระยะสุดท้ายหรือระยะรุนแรง (severe dementia) เป็นระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อม โดยพบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำทั้งในอดีตและปัจจุบัน อย่างชัดเจน จะจำคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวไม่ได้ รวมไปถึงอาจจำตนเองไม่ได้ พูดไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก มีปัญหาเรื่องการขยับถ่าย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาจพบได้ว่าผู้ป่วยในระยะนี้มักจะนอนติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิต⁽¹⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโรคสมองเสื่อม

1. แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (MSE-Thai 2002)⁽²⁰⁾ เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย จากแบบประเมินต้นฉบับ Mini-Mental State Examination โดยแบบประเมินนี้เป็นแบบคัดกรองการหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่างๆ คือ

- ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (orientation to time and place)
- ด้านความจำ (registration and memory)
- ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (attention and calculation)
- ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา
- การจำภาพโครงสร้างด้วยตา (visual constructional)

โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ประกอบด้วยการประเมิน

- Orientation for time 5 คะแนน
- Orientation for place 5 คะแนน
- registration 3 คะแนน
- Attention and calculation 5 คะแนน
- Recall 3 คะแนน
- Naming 2 คะแนน
- Repetition 1 คะแนน
- Verbal command 3 คะแนน
- Written command 1 คะแนน
- Writing 1 คะแนน
- Visual Construction 1 คะแนน

ซึ่งมีการแปลผลคือต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้ป่วย หากเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) จะมีคะแนนรวม >14คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน หากเป็นผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนรวม >17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีคะแนนรวม >22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2. แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment : MOCA)⁽¹⁵⁾ เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมในระยะแรก ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ทดสอบในหลายๆด้านของการรู้คิด ซึ่งผู้ป่วยมักจะใช้เวลาในการทำแบบประเมินนี้นานกว่าแบบประเมิน MMSE โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วยการประเมินเรื่อง ความจำระยะสั้น (Short Term Memory) ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทาง สิ่งแวดล้อม (Visuospatial) การบริหารจัดการ (Executive function) การมีสมาธิจดจ่อ (Attention) ภาษา (Language) และการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัดของคะแนนที่ 25 คะแนน โดยหากได้คะแนน 25 คะแนนขึ้นไปจะถือว่าปกติ แต่ถ้าหากได้คะแนนต่ำกว่า 25 คะแนนจะถือว่าผู้ป่วยมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

3. Thai Mental State Examination (TMSE)⁽¹⁶⁾ ซึ่งแบบประเมิน TMSE นั้นเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการทดสอบความจำ โดยมีคะแนนของการทดสอบรวม 30 คะแนน แบ่งเป็นด้านต่างๆ 6 ด้านดังนี้ Orientation 6 คะแนน Registration 3 คะแนน Attention 5 คะแนน Calculation 3 คะแนน Language 10 คะแนน Recall 3 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน จะมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคสมองเสื่อมที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน และได้แบ่งความรุนแรงตามคะแนนของ TMSE ดังนี้

TMSE น้อยกว่า 11 หมายถึง severe dementia

TMSE ระหว่าง 11-18 หมายถึง moderate dementia

TMSE ระหว่าง 18 - 23 หมายถึง mild dementia

ชนิดของโรคสมองเสื่อม

เนื่องจากโรคสมองเสื่อมสามารถจำแนกได้หลายชนิดตามพยาธิสภาพ ดังนั้นในการศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงขอล่าถึงเพียงโรคสมองเสื่อมชนิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้เท่านั้น ประกอบไปด้วย

1. Alzheimer's disease (AD) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ โดยพบว่าเซลล์สมองจะเสื่อมอย่างรุนแรงและสม่ำเสมอ ทำให้การทำงานของสมองลดลง โดยมีลักษณะอาการทางคลินิกคือเป็นกลุ่มอาการของสมองเสื่อมที่เรียกว่า Cortical Dementia คือ ผู้ป่วยจะมีการทำงานของ cortex บกพร่อง โดยในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะเกิดการเสียการทำงานของ Entorhinal Cortex และ hippocampus ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเด่นในเรื่องของการเสียความทรงจำ ซึ่งในระยะต่อมาจะมีการเสียหายของการทำงานในบริเวณ parietal-temporal ทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาในเรื่องของการใช้ภาษา ซึ่งในระยะหลังของการดำเนินโรคเกิดการทำงานบกพร่องของ dorsolateral frontal lobe เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาด้าน Executive Function ซึ่งการดำเนินโรคในลักษณะนี้จะ เป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปซึ่งอาจใช้เวลาประมาณ 10 ปี⁽²¹⁾

2. Vascular dementia (VAD) เป็นชนิดของโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสาเหตุต่างๆหลายชนิด แต่สาเหตุที่พบบ่อยของโรคสมองเสื่อมชนิด VAD คือ มีการเสื่อมของโรคหลอดเลือดจาก Atherosclerosis และ Arteriolosclerosis โดยหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิด VAD อาจเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ (large vessel disease) หรือหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (small vessel disease) ซึ่งกลุ่มอาการของโรคสมองเสื่อมชนิด VAD สามารถแบ่งย่อยออกได้อีกเป็น 3 กลุ่มซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะทางคลินิกและลักษณะของการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน ดังนี้

2.1 Multi-infarct dementia ซึ่งในกลุ่มนี้เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดใหญ่ ซึ่งมักจะ เป็นซ้ำกันหลายๆครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียการทำงานของCortical Function หลายอย่างรวมกับการ มี Focal Neurological Deficit อื่นๆ ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับ

กับตำแหน่งของรอยโรคใน Cortex โดยมีลักษณะของการดำเนินโรคแบบเร็วและอาการจะแย่งลง
ลักษณะแบบขั้นบันได

2.2 Strategic infarction โรคในกลุ่มนี้จะเกิดจากพยาธิสภาพในบริเวณที่สำคัญและอาจเป็น
บริเวณที่ทำให้เกิดอาการแสดงของการเสีย Cortical Function หลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น
รอยโรคใน Bilateral Medial Temporal Lobe ทำให้เสียความทรงจำและเป็นอาการหนึ่งในโรค
สมองเสื่อม รอยโรคใน Parietal Lobe ทำให้เกิด Alexia, Agraphia รอยโรคใน Angular Gylus ทำ
ให้เกิด Constructional apraxia ซึ่งรอยโรคเหล่านี้ทำให้เกิด Cortical dementia ซึ่งการดำเนินโรค
ของกลุ่มนี้จะเป็นไปอย่างรวดเร็วเหมือนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป

2.3 Subcortical ischemic VAD (SIVD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจาก Subcortical Ischemic
CVD โดยในกลุ่มนี้จะเกิดจากโรคของหลอดเลือดเล็กๆ ที่ทำให้เกิด Lacunar Infarction ในหลายๆ
ตำแหน่ง ซึ่งโรคในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดกลุ่มของโรคสมองเสื่อมในลักษณะของ Subcortical Dementia
แต่เนื่องจากกลุ่มโรคนี้เกิดจากหลอดเลือดเล็กๆและค่อยๆเป็นมากขึ้น ดังนั้นจึงอาจไม่พบลักษณะของ
Focal Neurological Deficit ชัดเจนเหมือนใน Multi-infarct dementia ดังนั้นลักษณะของการ
ดำเนินโรคในกลุ่มนี้จะมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป⁽²²⁾

3. AD with CVD เป็นกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีลักษณะของอาการและการดำเนินของโรคคล้าย AD
แต่ถ้าหากตรวจด้วย neuroimaging จะพบรอยโรค ของ CVD เช่น การมี cortical infarction หนึ่ง
หรือมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง subcortical infarction หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง รวมไปถึงการมี
diffuse white matter lesion และ มีการดำเนินโรคในลักษณะที่บกพร่องรุนแรงและรวดเร็ว ใน
ผู้ป่วยบางรายอาจรุนแรงแบบเป็นขั้นบันไดหรืออาจมีอาการขึ้นลง (fluctuation) แล้วอาการดังกล่าว
นี้มีความคงที่อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (plateau)⁽¹⁹⁾

4. Mild cognitive impairment (MCI) เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมอง
(neurodegeneration) ที่ทำหน้าที่ในส่วนของความจำโดยเฉพาะในสมองส่วน hippocampus ที่
บกพร่องลง ซึ่งจะสูญเสียความสามารถของสมองส่วนความจำเล็กน้อย (amnestic mild cognitive
impairment - amnestic MCI) โดยกลุ่มอาการนี้มักมีสาเหตุสำคัญมาจากโรคอัลไซเมอร์ หรือมี
ความบกพร่องของการรู้คิดในด้านอื่นๆร่วมด้วยซึ่งอาจเกิดจาก โรคทางกาย เช่น การขาดวิตามิน B1
พิษจากสารเสพติดโดยเฉพาะจากสุรา ยารักษาโรคเฉพาะ เช่น ในกลุ่ม Benzodiazepines หรือ
อาจจะได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นโรคลมชัก เนื่องจากในสมอง สมองการออกซิเจน เป็นต้น โดยมี
ลักษณะอาการคือมีความทำงานที่ด้อยลงของความสามารถทางสมองในส่วนของความรู้ความเข้าใจใน
การทำงาน รวมไปถึงบกพร่องในด้านความจำ การใช้ภาษา โดยลักษณะดังกล่าวอาจไม่รุนแรงและ
อาจจะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่มักจะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องความจำ
มากกว่าผู้สูงอายุปกติในวัยเดียวกัน

5. Mixed dementia เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากปัญหาทางอายุรกรรมหลายสาเหตุร่วมกัน โดยในผู้ป่วยหนึ่งคนอาจเกิดความผิดปกติหลายอย่างเกิดขึ้นในสมองพร้อมๆกันหรืออาจจะมีโรคสมองเสื่อมหลายชนิดในผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งผู้ป่วยอาจจะมีอาการร่วมของ cortical และ subcortical dementia เช่น ผู้ป่วยเป็นทั้ง Alzheimer's disease และ Vascular dementia ร่วมกัน และนอกจากนั้นอาจพบพยาธิสภาพทางกายอื่นๆร่วมด้วยได้⁽¹⁸⁾

การรับรู้ตราใบในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมจะมีมุมมองต่อสังคมจากแบบแผนการรักษาหรือผลที่ได้จากการรักษาเป็นความกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลอื่น ดังนั้นจึงทำให้บุคคลนั้นเกิดความละอายใจต่อคำวินิจฉัย และพยายามที่จะไม่พูดถึงอาการของโรคที่เป็นและเริ่มที่จะแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งมีการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Kitwood⁽²³⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 17 คน พบว่า การถูกปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตราหน้าและรู้สึกว่ามีตราใบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ms. Louise Nolan⁽²⁴⁾ และคณะที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล มักจะมีตราใบที่ส่งผลให้เกิดการแยกจากครอบครัว สังคม ผู้คนในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rebecca Jane Riley ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกที่สัมพันธ์กับระดับของอาการวิตกกังวล ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ตราใบมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Elizabeth Beattie และคณะที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราใบกับภาวะสมองเสื่อม สุขภาพและคุณภาพชีวิตซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ตราใบของผู้ดูแลจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของความเสื่อมมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cindy Tran และคณะที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้อพยพชาวจีนและชาวเวียดนามมีการรับรู้ตราใบในระดับสูงถึงร้อยละ 48 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Megan Fong Liu ที่ศึกษาการรับรู้ตราใบในผู้ดูแลและผลกระทบต่ออาการซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าจะสูงขึ้นเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ตราใบที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ⁽²⁵⁾ ที่ทำการศึกษากการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตราใบภายในใจตนเองอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุจิตรา วรสิงห์และคณะที่ทำการศึกษากการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราใบในระดับต่ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล

1. เพศ

Burgener SC⁽²⁶⁾ และคณะทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการรับรู้ตราบาปคือ เพศ เชื้อชาติ และภูมิลำเนา ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Corrigan & Watson⁽²⁷⁾ ที่พบว่าเพศชายมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศหญิง โดยได้ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับตราบาป อีกทั้งยังแตกต่างจากการศึกษาของ Dickerson⁽²⁵⁾ และคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งจากการศึกษาพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้ตราบาปที่ไม่แตกต่างกัน และยังแตกต่างจากการศึกษาของ Dao NT และคณะ⁽²⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสมองเสื่อมในชาวจีนและชาวอเมริกา ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป

Neupane D. และคณะ⁽²⁹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง ทักษะคิดของผู้ดูแลที่มีต่อการ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปที่ต่างกันอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อายุ

สมชาย พลอยล้อมแสง และชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล⁽³⁰⁾ ได้สำรวจตราบาปเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตว่าไม่ใช่สิ่งที่เป็นตราบาป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Werner P. และคณะ⁽³¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปและการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ตราบาปน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์และคณะ⁽³²⁾ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความรูสึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ระดับการศึกษา

ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และคณะ⁽²⁵⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปกับความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ได้แก่ระดับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan & Watson⁽³³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ตราบาป ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ตราบาปต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

4. รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ

Dickerson F. และคณะ⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาตราบาปเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย พลอยเลื่อมแสง และคณะ⁽³⁰⁾ ที่พบว่าหากผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่สูงขึ้นจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ตราบาปน้อยลง

Marcia G.O. และคณะ⁽³⁵⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นตราบาปคือรายได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะต้องดูแลเกือบตลอดเวลา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถออกไปหารายได้จากแหล่งอื่นๆได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมชาย พลอยเลื่อมแสงและคณะ ที่พบว่าปัจจัยรายได้ของผู้ดูแลและครอบครัวส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป

5. ประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิต

Ertugrul A. และ Ulug B.⁽³⁶⁾ และคณะได้ทำการศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการเจ็บป่วยส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่ากลุ่มที่มีอาการทางบวกรจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการทางลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burgener SC และคณะ⁽³⁷⁾ ที่พบว่าการรับรู้ตราบาปส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชต่างๆ คือ โรคซึมเศร้า 1.5% โรควิตกกังวล 10.2% ปัญหาเกี่ยวกับความจำและพฤติกรรม 28.6% ปัญหาการควบคุมตนเอง 25.5% โรคทางกาย 14.8 % รวมไปถึงการนับถือตนเอง 40.1 % และการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 65.5%⁽³⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Megan F Liu⁽²⁴⁾ ที่พบว่าพบว่าการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า 14.4%⁽²⁴⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Burgener SC และคณะ⁽³⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่อง Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease: Alzheimer's dementia and Parkinson's Disease โดยมีการใช้แบบวัด SIS เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งจากการศึกษาพบว่าจากคะแนนรวมแบบวัด SIS พบว่าการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและยังสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะภูมิใจในตนเอง

Perla W.⁽³⁸⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกมีตราบาปและมีภาระของการดูแลมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการของโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้น 18 %

6. กรรมพันธุ์

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์⁽³⁹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลในการเกิดการรับรู้ตราบาปคือ ปัจจัยการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

7. การสนับสนุนทางสังคม

สุจิตรา วรสิงห์และคณะ⁽²⁷⁾ ศึกษาการรับรู้ตราบาปกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำคือการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงเช่นเดียวกับ Sandy C Burgener⁽²⁸⁾ พบว่าจากคะแนนรวมแบบวัดSIS ปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปคือ ความภาคภูมิใจในตนเอง

ปณพร เพ็งที⁽⁴⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง กล่าวคือ ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

ผู้ดูแล (Caregiver หรือ Carers) หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะการเจ็บป่วย ทูพลภาพ หรือสูงอายุ จนเกิดความบกพร่องทางด้านความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้โดยปราศจากการช่วยเหลือจากผู้ดูแล⁽⁴¹⁾

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม⁽⁴²⁾ กล่าวถึงผู้ดูแลคือ ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยญาตินั้นอาจจะเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน ซึ่งผู้ป่วยอาจมีปัญหาในเรื่องของภาวะสุขภาพที่ส่งผลผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพทางร่างกาย จึงทำให้เกิดความต้องการการดูแลเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งการช่วยเหลือนี้คือการช่วยเหลือโดยที่ไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัล และเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

ศรินยา ฉันทะปรีดา⁽⁴³⁾ กล่าวถึงผู้ดูแลคือ บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ที่มีสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส โดยไม่นับรวมผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน รวมไปถึงเรื่องของความเป็นอยู่

พนิตา ศรีหาคั้ง⁽⁴⁴⁾ กล่าวว่าผู้ดูแล คือบุคคลในครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน โดยอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรืออาจมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส เขย สะใภ้ หรืออาจเป็นเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลมาก่อน ซึ่งการดูแลนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยความรัก ความเอื้ออาทร โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

สุภาพ เหมือนชู⁽⁴⁵⁾ กล่าวถึงผู้ดูแลคือ บุคคลที่ทำกิจกรรมในการดูแล ให้ผู้รับการดูแล ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยบุคคลนั้นต้องพึ่งพาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลนั้นอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกอื่นๆที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน

ประเภทของผู้ดูแล

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์⁽⁴⁶⁾ ได้แบ่งผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท คือ

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ โดยอาจจะเป็นผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญมาก่อน โดยเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ไม่ได้เป็นลูกจ้าง ทีมสุขภาพ หรือผู้ช่วยจากศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) ซึ่งผู้ดูแลประเภทนี้อาจจะได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนก็ได้ ขึ้นอยู่ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและมีแรงจูงใจในการดูแลที่เกิดจาก ความรัก ความผูกพัน การสำนึกในบุญคุณ จากการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น บุตร หลาน ญาติ โดยมุ่งเฉพาะที่การดูแลแบบไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง

บทบาทของผู้ดูแล

การเป็นผู้ดูแลนั้นคือการที่ได้ทำกิจกรรมต่างๆที่เคยปฏิบัติเป็นปกติอยู่ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 รูปแบบ คือ

1. การดูแลโดยตรง (direct care service) เช่น การให้การช่วยเหลือเรื่องของกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร รวมไปถึงงานบ้าน การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) เช่น การพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น เข้ากลุ่มออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในสังคม

3. เป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถาบันบริการทางสุขภาพ (meditating with formal organization) เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ผู้รักษาเพื่อลดความเข้าใจผิดพลาดในเรื่องของความเชื่อเดิมเกี่ยวกับโรค หรือ เกี่ยวกับการรักษาตามระบบแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนทางเลือกอื่นๆ

4. ให้การช่วยเหลือทางการเงิน (financial assistance)

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ถือได้ว่าเป็นความยากลำบากที่มาจากทั้งตัวโรคเองและการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและสรีระของผู้ป่วย โดยพบว่าสุขภาพกายและความสามารถทางสมองของผู้ป่วยนั้น มักจะขึ้นอยู่กับความพร้อม ความรู้ รวมไปถึงการปรับตัวของครอบครัวและผู้ดูแล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงต้องดูแลให้ครอบคลุมปัญหาทั้ง 3 ด้าน นั่นก็คือ ด้านสติปัญญา ด้านพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ และด้านอาการทางจิตประสาท ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่มีความยืดหยุ่นและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้ป่วยได้ มักพบว่าจะก่อให้เกิดผลเสียตามมาได้ ซึ่งการดูแลควรมีการดูแลใน 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ทางด้านผู้ป่วยและทางด้านผู้ดูแล

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการพยากรณ์โรค
- แนวทางการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละระยะ ซึ่งอาจประเมินจากความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง และความรู้ความสามารถของผู้ดูแล เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือ
- การจัดการปัญหาต่างๆที่อาจเกิดจากโรคสมองเสื่อม เช่น ปัญหาพฤติกรรมปัญหาทางด้านอารมณ์
- วิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ เช่น การดูแลการให้อาหารทางสายยาง การดูแลในการใช้สายสวนปัสสาวะ

2. การดูแลตนเองของผู้ดูแล

ผู้ดูแลก็เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญมากที่ผู้ดูแลก็ควรที่จะได้รับการดูแลในเรื่องของสุขภาพกายและจิตให้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดด้วย ดังนั้นผู้ดูแลก็ควรที่จะต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อนำไปสู่การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยให้ได้เป็นอย่างดี⁽¹¹⁾

การดูแลผู้ป่วยตามระยะอาการของโรค⁽⁴⁷⁾

ผู้ป่วยระยะแรกและระยะกลาง

1. ผู้ป่วยอาจมีภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและเกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียความจำ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวอย่างเดิมได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้เรียบง่าย พูดซ้ำๆ กับผู้ป่วยและควรพูดให้ชัดเจน และผู้ดูแลควรมีอารมณ์ที่สงบไม่ฉุนเฉียวตามอารมณ์ของผู้ป่วย

2. เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แปลกไปจากเดิม เช่น ไม่รักษาความสะอาด ไม่ยอมอาบน้ำ ผู้ดูแลควรแสดงความเห็นใจมากกว่ามีอาการฉุนเฉียว

3. ควรระวังในเรื่องของการออกนอกบ้าน เช่น ไม่ควรให้ผู้ป่วยขับรถออกไปข้างนอก หรือเปิดประตูบ้านไว้ ทางเลือกที่ดีคือควรมีสัญญาณเตือนเมื่อผู้ป่วยออกนอกบ้าน

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค

1. อาจพบปัญหาในเรื่องการกลืนปัสสาวะของผู้ป่วย ซึ่งถ้าหากมีอาการดังกล่าวผู้ดูแลควรต้องตรวจเกี่ยวกับเรื่องของความสะอาดและการมีเชื้อโรค ซึ่งปัญหานี้ผู้ดูแลอาจจะแก้ไขได้โดยกำหนดปริมาณน้ำและอาหารที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อที่จะได้คำนวณเวลาที่ผู้ป่วยจะปัสสาวะได้ถูกและสามารถพาผู้ป่วยไปห้องน้ำได้ทัน

2. ในระยะนี้อาจพบปัญหาของการเคลื่อนไหว โดยผู้ป่วยบางรายอาจจะเคลื่อนไหวไม่ได้และอาจนอนติดเตียง ดังนั้นผู้ดูแลควรมีการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

คำแนะนำในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. ยอมรับในบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ได้รับ เนื่องจากเป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวที่ผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งก็คล้ายกับการประกอบอาชีพในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งวิธีการคิดแบบนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลจะเกิดความเครียดและกดดันในตนเองน้อยลง

2. จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม ซึ่งนอกจากจะต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้ว ก็ควรที่จะแบ่งเวลาไว้สำหรับดูแลตนเองด้วย เช่น เมื่อผู้ดูแลหลักต้องการพักผ่อนหรือลาไปทำภาระส่วนตัวทุกคนในครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ทิ้งภาระทั้งหมดไว้ที่ผู้ดูแลหลักเป็นคนเดียว

3. หมั่นดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น หมั่นตรวจสุขภาพร่างกาย หมั่นไปคัดกรองโรคเรื้อรังต่างๆ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รวมไปถึงการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

4. หมั่นสำรวจความรู้สึกและสภาพจิตใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น อารมณ์โกรธ เศร้า รู้สึกผิด ซึ่งถ้าหากพบควรรหาทางออกหรือวิธีแก้ไขที่เหมาะสม เช่น การพูดระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิด

5. กล้าที่จะบอกความต้องการของตนเอง รวมไปถึงการกล้าร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง⁽¹³⁾



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกที่มารับการ
รักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรที่ศึกษา (Study population) คือ

- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมประกอบไปด้วย Alzheimer disease (AD)
Vascular dementia (VAD) AD with CVD และ Mixed dementia และมีคะแนนจากแบบ
ประเมิน TMSE อยู่ระหว่าง 18-23 คะแนน

- ผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม คือ MCI (Mild Cognitive Impairment)
โดยมีคะแนนจากแบบประเมิน MOCA น้อยกว่า 25 คะแนน

- ต้องมีผู้ดูแลซึ่งอยู่ดูแลไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันและดูแลมานานไม่น้อยกว่า 1 เดือน

- มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

- สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีการฟัง พูด อ่าน ได้ตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่เข้ามาได้รับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยจิตเวชใน
เวลาราชการ คลินิกผู้ป่วยจิตเวชนอกเวลาราชการ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการทำ Pilot study เพื่อการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบประเมิน
Stigma impact scale (SIS) จากผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก จำนวน 15 คน ทำให้ได้ค่าคะแนน
การรับรู้ตราบาปเฉลี่ย 15.6 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.93701 จากนั้นจึงนำมาคำนวณหา
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{โดยใช้สูตร } n = \frac{Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{e^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

$Z_{\alpha/2}$ = ค่า Z จากตาราง เมื่อ $\alpha = .05$ มีค่า = 1.96

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) = 14.94

e = ความกระชับของการประมาณค่า (Precision of the estimation)

$$\text{โดยให้ } e \text{ เท่ากับร้อยละ } 20 \text{ ของค่าเฉลี่ย} = \frac{15.6 \times 20}{100} = 3.12$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 \times (14.94)^2}{(3.12)^2} = 88$$

เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10 % ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างที่จะศึกษา = 97 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบวัดทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยปัจจัยพื้นฐานของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ภูมิลำเนาปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าคะแนน TMSE , อาการทางจิตประสาท (BPSD) ที่วัดด้วย แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI-Q) การรับรู้การเป็นภาระของผู้ดูแล โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ การศึกษา เชื้อชาติ รายได้และความเพียงพอต่อรายได้ ภูมิลำเนาปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ตราบาบของผู้ดูแล

2. แบบวัด stigma impact scale (SIS)⁽²⁴⁾ หรือแบบวัดการรับรู้ตราบาบ ถูกนำมาใช้ ในการวัดการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งแบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่มีการพัฒนามาใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดย Burgener & Berger⁽⁴⁸⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการนำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้จิตแพทย์เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยในแบบวัดนี้จะประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ likert scale โดยแบ่งระดับจาก 0-4 โดยข้อคำถามจะแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์การมีตราบาบของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านของผู้ป่วย

- การปฏิเสธสังคม (9 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9
- ความไม่มั่นคงทางการเงิน (3 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 10,11,12
- ความอับอายภายใน (5 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 13,14,15,16,17
- การแยกตัวออกจากสังคม (7 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 18,19,20,21,22,23,24

2. ด้านผู้ดูแล

- การปฏิเสธสังคม (9 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 3,5,7,8,9,14,20,21,22
- ความไม่มั่นคงทางการเงิน (3 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 1,2,4
- ความอับอายภายใน (5 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 10,11,12,13,18,
- การแยกตัวออกจากสังคม (7 ข้อ) ประกอบด้วยข้อ 6,15,16,17,19,23,24

การแปลผล คือ คะแนนรวมยิ่งสูงขึ้นยิ่งแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้นด้วย โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 96 คะแนน

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก que เข้ามาได้รับการรักษาที่แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 15 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.927 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายข้ออยู่ในช่วง 0.112 - 0.903

การศึกษานี้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้วิธี (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด)/ค่าอันตรภาคชั้น โดยในที่นี้กำหนดไว้คือ 3 อันตรภาคชั้น ดังนั้นจะได้การแปลผลออกมาใน 3 รูปแบบ ดังนี้

ในผู้ป่วย

- 0 – 14 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตราบาประดับน้อย
- 15 – 29 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตราบาประดับปานกลาง
- 30 – 44 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตราบาประดับสูง

ในผู้ดูแล

- 0 – 17 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตราบาประดับน้อย
- 18 – 35 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตราบาประดับปานกลาง
- 36 – 53 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตราบาประดับสูง

3. แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview Thai version)⁽¹²⁾ เป็นแบบทดสอบสำหรับวัดภาระผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ของ Zarit Burden Interview ซึ่งได้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ แพนคง โดยข้อคำถามเป็นตัวสะท้อนความรู้สึกของผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่น มีทั้งหมด 22 ข้อ โดยใช้มาตราวัดแบบ likert scale 5 ระดับจาก 0-4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพของแบบวัด เนื่องจากมีความเชื่อมั่นสูง

การแปลผลแบบวัดนี้มีคะแนนแบ่งเป็นช่วง ดังนี้

0 – 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลน้อย

8 – 34 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลปานกลาง

35 – 88 คะแนน หมายถึง มีภาวะการดูแลมาก

4. แบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire)⁽⁴¹⁾ เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับผู้ป่วย โดยพัฒนามาจากแบบสอบถาม Neuropsychiatric inventory (NPI) เพื่อให้มีความกระชับและสะดวกที่นำมาใช้ในทางคลินิกได้ โดยได้เปรียบเทียบกับผู้ป่วย อัลไซเมอร์ 60 คน พบว่า มีค่า false positive 5% และพบความต่าง น้อยกว่า 2% ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง สามารถนำแบบสอบถามนี้มาใช้แทน แบบสอบถาม NPI ได้อย่างเหมาะสม โดยแบบสอบถามนี้ พญ.โสฬสพัทธ์ เหมรัฐชูโรจน์ และคณะ ได้พัฒนาแบบสอบถาม NPI-Q เป็นแบบสอบถามที่ทำได้ง่ายและรวดเร็วเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยทั้งอาการประสาท และทางจิตเพื่อบอกระดับความรุนแรงและผลกระทบที่จะเกิดแก่ผู้ดูแลในแต่ละข้อจะเป็นการถาม ถึงพฤติกรรมต่างๆ เช่น ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์ซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 12 ข้อ

การแปลผล แบบสอบถามนี้มีคะแนนรวม 36 คะแนน โดยยังมีค่าคะแนนรวมสูง ยิ่งแสดงให้เห็นถึงอาการทางจิตประสาทที่สูงขึ้นด้วย

การศึกษานี้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้วิธี (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด)/ค่าอันตรายภาคชั้น โดยในที่นี้กำหนดไว้คือ 3 อันตรภาคชั้น ดังนั้นจะได้การแปลผลออกมาใน 3 รูปแบบ ดังนี้

0-5 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อย

6-10 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลาง

11-15 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับมาก

5. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease Knowledge Scale: ADKS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Brain D. Carpenter และคณะ⁽⁴⁹⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการนำแบบประเมินนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้จิตแพทย์เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยเป็นแบบประเมินสำหรับผู้ดูแล ซึ่งลักษณะของแบบประเมินจะประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยเป็นการตอบในลักษณะจริงหรือเท็จ โดยข้อคำถามทั้งหมดจะเป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ของผู้ดูแล

การแปลผล จะเป็นการรวมคะแนนที่ตอบถูก โดยคะแนนที่ได้จะส่งผลต่ออาการ การดูแล การรักษา และการจัดการต่อโรคอัลไซเมอร์

การศึกษานี้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้วิธี (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด)/ค่าอันตรภาคชั้น โดยในที่นี้กำหนดไว้คือ 3 อันตรภาคชั้น ดังนั้นจะได้การแปลผลออกมาใน 3 รูปแบบ ดังนี้

1 - 17 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์น้อย

18 - 22 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ปานกลาง

23 - 27 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์สูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในคลินิกโรคสมองเสื่อม คลินิกผู้ป่วยจิตเวชนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยสถานที่ในการให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามจะมีความเป็นส่วนตัวเนื่องจากเป็นห้องตรวจโรค ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวสูงและจะไม่ได้รับการถูกรบกวนจากผู้ป่วยท่านอื่นๆ โดยก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติด้วยตนเอง ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติเอง ซึ่งการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจะเก็บทุกรายโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง โดยจะเก็บจนครบจำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 ปี แล้วหลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยอาศัยวิธีการทางสถิติ⁽²²⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีขั้นตอนการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS ดังนี้

- สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพโดยใช้ t-test One way-ANOVA โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทราบที่มาของการรับรู้ทราบที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ linear regression analysis โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 97 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2559 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1.3 คะแนนจากคะแนนแบบวัดที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Game-Howell

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลกับแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Game-Howell

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล โดยใช้สถิติ linear regression analysis

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	26.8
หญิง	71	73.2
อายุ (ปี) (Min = 60 ,Max = 94) (\bar{X} = 75.92) (S.D = 0.784)		
ระหว่าง 60-70 ปี	29	29.9
ระหว่าง 71-80 ปี	38	39.2
81 ปีขึ้นไป	30	30.9
ศาสนา		
พุทธ	95	97.9
คริสต์	1	1.0
อิสลาม	1	1.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	35	36.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	9.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	16.5
ปริญญาตรี	32	33.0
สูงกว่าปริญญาตรี	5	5.2
อาชีพในอดีต		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	4.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	23.7
ธุรกิจส่วนตัว	14	14.4
บริษัทเอกชน	16	16.5
เกษตรกร	5	5.2
อื่นๆ	7	7.2
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	90	92.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.0
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.1
รับจ้าง/ค้าขาย	2	2.1

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97คน)	ร้อยละ
รายได้ (Min = 600 บาท, Max = 400,000 บาท) (\bar{X} = 17,103.57บาท) (S.D. = 44,994.510 บาท)		
ไม่มีรายได้	13	13.4
มีรายได้	84	86.6
ต่ำกว่า 5,000 บาท	37	38.1
ระหว่าง 5,001 – 15,000 บาท	24	24.7
สูงกว่า 15,001 บาท	23	23.7
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ	79	81.4
ต่างจังหวัด	18	18.6
ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	71	73.2
มี	26	26.8
การทราบว่าได้รับการวินิจฉัยโรค		
ไม่ทราบ	54	55.7
ทราบ	43	44.3

ความรู้สึกต่อโรคที่ได้รับการวินิจฉัย จากคำถามนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน พบว่า มีความรู้สึกแตกต่างกันออกไปมากน้อยตามลำดับ ซึ่งมากที่สุดคือ รู้สึกเฉยๆ 22 คน รองลงมาคือรู้สึกกังวลเล็กน้อย 5 คน รู้สึกว่ามีปัญหาและอยากรักษาให้หาย 4 คน รู้สึกกังวลว่าอาการจะแย่ลงเพราะตนเองยังต้องมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบอยู่ 2 คน รู้สึกเครียดและไม่อยากให้ใครพูดถึงอาการของตน 1 คน รู้สึกหงุดหงิดที่ความจำไม่ดี 1 คน รู้สึกไม่อยากยอมรับและบอกว่าตนเองสบายดี 1 คน และรู้สึกเครียดเพราะไม่อยากเป็นเหมือนคนในครอบครัวที่เคยเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อน 1 คน

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 39.2 อายุเฉลี่ย 75.92 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 0.784

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 36.1 ประกอบอาชีพในอดีตส่วนใหญ่คือรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 28.9 มีอาชีพในปัจจุบันคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 92.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 38.1 มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.4 อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 73.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ทราบถึงการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 55.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย คะแนนจากแบบวัด โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการ และ ภาวะโรคร่วม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย		
AD	37	38.1
VAD	11	11.3
AD with CVD	10	10.3
MCI	39	40.2
คะแนนจากแบบวัด TMSE (n=58คน) (Min =18 คะแนน , Max = 23 คะแนน) (\bar{X} = 21.31 คะแนน) (S.D. =1.536)		
18 คะแนน	4	6.9
19 คะแนน	4	6.9
20 คะแนน	9	15.5
21 คะแนน	10	17.2
22 คะแนน	15	25.9
23 คะแนน	16	27.6
คะแนนจากแบบวัด MOCA (n=39คน) (Min =13คะแนน , Max= 24คะแนน) (\bar{X} = 21.0 คะแนน) (S.D. =2.743)		
13 คะแนน	1	2.6
16 คะแนน	4	10.3
18 คะแนน	1	2.6
19 คะแนน	4	10.3
20 คะแนน	3	7.7
21 คะแนน	5	12.8
22 คะแนน	5	12.8
23 คะแนน	11	28.2
24 คะแนน	5	12.8
โรคประจำตัว (n=33คน)		
ความดันโลหิตสูง	51	56.7
ไขมันในเส้นโลหิตสูงและคอเลสเตอรอลสูง	15	16.66
ไวรัสตับอักเสบบ	2	2.22
เบาหวาน	15	16.67
หัวใจ	6	6.67
ไทรอยด์	1	1.1
ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม (Min = 0.17 ปี , Max = 10 ปี) (\bar{X} = 2.94 ปี) (S.D. =2.24587 ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	23	23.7
1.1 – 3 ปี	48	49.5
3 ปีขึ้นไป	26	26.8

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด MCI ร้อยละ 40.2 ซึ่งส่วนใหญ่มีคะแนนจากแบบวัด MOCA 23 คะแนน ร้อยละ 28.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคสมองเสื่อมระหว่าง 1.1 – 3 ปี ร้อยละ 49.5

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิฐานะ ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	30.9
หญิง	67	69.1
อายุ (ปี) (Min = 30 ,Max = 86) (\bar{X} = 55.64) (S.D = 15.658)		
ระหว่าง 30-50 ปี	38	39.2
ระหว่าง 51-70 ปี	40	41.2
70 ปีขึ้นไป	19	19.6
ศาสนา		
พุทธ	92	94.8
คริสต์	4	4.1
อิสลาม	1	1.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	13.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	6.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	12.4
ปริญญาตรี	47	48.5
สูงกว่าปริญญาตรี	19	19.6
ปริญญาโท	18	18.6
ปริญญาเอก	1	1.0

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิภาค ประชากรเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	33.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	9.3
ธุรกิจส่วนตัว	25	25.8
บริษัทเอกชน	17	17.5
รับจ้าง/ค้าขาย	10	10.3
เกษตรกร	1	1.0
อื่นๆ	3	3.1
รายได้ (Min = 0 บาท, Max = 300,000 บาท) (\bar{X} = 29669.07) (S.D. = 36993.359 บาท)		
ไม่มีรายได้	4	4.1
มีรายได้	93	95.9
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	8.2
ระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท	39	40.2
ระหว่าง 20001 – 35000 บาท	18	18.6
35000 ขึ้นไป	28	28.9
ภูมิภาค		
กรุงเทพฯ	75	77.3
ต่างจังหวัด	16	16.5
ประชากรเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	66	68.0
มี	31	32.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเงินเก็บ	70	72.2
เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	20	20.6
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้	4	4.1
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	3	3.1

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิฐานะ ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97คน)	ร้อยละ
ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	66	68.0
มี	31	32.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ	4	4.1
ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ	93	95.9
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย (Min = 0.17 ปี , Max = 13.42 ปี) (\bar{X} = 3.14 ปี) (S.2.66867 ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	22	22.7
ระหว่าง 1.1 – 2 ปี	32	33.0
ระหว่าง 2.1 – 3 ปี	17	17.5
3 ปีขึ้นไป	26	26.8
เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย (Min = 3 ชั่วโมง , Max = 24 ชั่วโมง) (\bar{X} = 14.18 ชั่วโมง) (S.D. = 9.179ปี)		
ตั้งแต่ 0 – 8 ชั่วโมง	47	48.5
ตั้งแต่ 9 – 16 ชั่วโมง	6	6.2
ตั้งแต่ 17 – 24 ชั่วโมง	44	45.4

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 มีอายุระหว่าง 51-70 ปี ร้อยละ 41.2. อายุเฉลี่ย 55.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 15.658

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 48.5 มีอาชีพส่วนใหญ่คือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 40.2 มีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่มีเพียงพอและมีเงินเก็บ ร้อยละ 72.2 มีภูมิฐานะปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.3 ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 68.0 อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ร้อยละ 95.9 มีเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 9-16 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 33.0 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1.1 – 2 ปี ร้อยละ 33.0

1.3 คะแนนจากคะแนนแบบวัดที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนแบบวัดการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วย (Stigma Impact Scale) ตามช่วงคะแนน

ผลการทดสอบ (mean=5.238คะแนน,S.D=8.447คะแนน ,min=0คะแนน ,max=44คะแนน)	จำนวน (คน) (n=97คน)	ร้อยละ
การรับรู้ตราบาบระดับน้อย (0-5.23 คะแนน)	90	92.8
การรับรู้ตราบาบระดับปานกลาง (15-29คะแนน)	4	4.1
การรับรู้ตราบาบในระดับสูง (30-44คะแนน)	3	3.1

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาบในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.8 รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาบในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.1 และมีการรับรู้ตราบาบในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 3.1

ตารางที่ 5 แสดงค่าคะแนนแบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden interview) โดยจัดกลุ่มตามคะแนน

ผลการทดสอบ (mean=14.30,S.D=15.503,min=0,max=72)	จำนวน (คน) (n=97คน)	ร้อยละ
ความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย (0 – 7 คะแนน)	44	45.4
ความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระระดับภาระปานกลาง (8 – 34 คะแนน)	43	44.3
ความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระระดับภาระมาก (35-88คะแนน)	10	10.3

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีภาระการดูแลน้อยโดยคิดเป็นร้อยละ 45.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 54.6 ถือได้ว่าเกิดความรู้สึกเป็นภาระ โดยมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลปานกลาง ร้อยละ 44.3 และมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลมากร้อยละ 10.3

ตารางที่ 6 แสดงค่าคะแนนแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแล (Stigma Impact Scale) ตามช่วงคะแนน

ผลการทดสอบ (mean=5.22 คะแนน,S.D=9.042 คะแนน ,min=0 คะแนน ,max=53 คะแนน)	จำนวน (คน) (n=97คน)	ร้อยละ
การรับรู้ตราบาประดับน้อย (0 – 17 คะแนน)	87	89.7
การรับรู้ตราบาประดับปานกลาง (18 – 35 คะแนน)	9	9.3
การรับรู้ตราบาปในระดับสูง (36 – 53 คะแนน)	1	1.0

จากตาราง 6 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 89.7 รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.0

ตารางที่ 7 แสดงค่าคะแนนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease Knowledge Scale) ของผู้ดูแล ตามช่วงคะแนน

ผลการทดสอบ (mean= 17.94คะแนน,S.D= 2.908คะแนน ,min=12คะแนน ,max=27คะแนน)	จำนวน (คน) (n=97คน)	ร้อยละ
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์น้อย (1 – 17 คะแนน)	44	45.4
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ปานกลาง (18 – 22 คะแนน)	48	49.5
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์สูง (23 – 27 คะแนน)	5	5.2

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องของโรคอัลไซเมอร์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือมีความรู้ในเรื่องโรคอัลไซเมอร์ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.4 และมีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 5.2

ตารางที่ 8 แสดงค่าคะแนนแบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) ตามช่วงคะแนน

ผลการทดสอบ (mean=2.51 คะแนน,S.D=3.040 คะแนน, min=0คะแนน ,max=15คะแนน)	จำนวน (คน) (n=97คน)	ร้อยละ
มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อย (0 – 5 คะแนน)	81	83.5
มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลาง (6 – 10 คะแนน)	13	13.4
มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับสูง (11 – 15 คะแนน)	3	3.1

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 83.5 รองลงมาคือมีความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 13.4 และมีความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับปานสูงคิดเป็นร้อยละ 3.1

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามโดเมนของแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วย (N=97คน)

โดเมน	Mean	S.D.
การปฏิเสธสังคม	1.27	2.793
ความไม่มั่นคงทางการเงิน	0.28	0.944
ความอับอายภายใน	1.07	2.837
การแยกตัวออกจากสังคม	2.61	3.790

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในโดเมนการแยกตัวออกจากสังคม คิดเป็นร้อยละ 37.28 จากคะแนนเต็มในโดเมนทั้งหมด 7 คะแนน รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในโดเมนการปฏิเสธสังคม คิดเป็นร้อยละ 14.11 จากคะแนนเต็มในโดเมน 9 คะแนน รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในโดเมนความอับอายภายใน คิดเป็นร้อยละ 21.4 จากคะแนนเต็มภายในโดเมน 5 คะแนน และสุดท้ายคือมีการรับรู้ตราบาปในโดเมนความไม่มั่นคงทางการเงิน คิดเป็นร้อยละ 9.3 จากคะแนนเต็มในโดเมน 3 คะแนน

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามโดเมนของแบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแล (N=97คน)

โดเมน	Mean	S.D.
การปฏิเสธสังคม	1.36	3.140
ความไม่มั่นคงทางการเงิน	0.87	1.706
ความอับอายภายใน	1.19	2.329
การแยกตัวออกจากสังคม	1.80	3.265

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในโดเมนการแยกตัวออกจากสังคม คิดเป็นร้อยละ 25.71 จากคะแนนเต็มในโดเมนทั้งหมด 7 คะแนน รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในโดเมนการปฏิเสธสังคม คิดเป็นร้อยละ 15.11 จากคะแนนเต็มในโดเมน 9 คะแนน รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปอยู่ในโดเมนความอับอายภายใน คิดเป็นร้อยละ 23.8 จากคะแนนเต็มภายในโดเมน 5 คะแนน และสุดท้ายคือมีการรับรู้ตราบาปในโดเมนความไม่มั่นคงทางการเงิน คิดเป็นร้อยละ 29.0 จากคะแนนเต็มในโดเมน 3 คะแนน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Game-Howell

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	คะแนนการรับรู้ตราใบ			
		\bar{X}	S.D.	t	p-value
เพศ					
ชาย	26	4.69	8.744	-0.375	0.708
หญิง	71	5.42	8.390		
ศาสนา					
ศาสนาพุทธ	95	5.21	8.490	-0.130	0.897
อื่นๆ	2	6.00	8.485		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	60	3.88	6.362	-1.804	0.077
สูงกว่าปริญญาตรี	37	7.41	10.772		
อาชีพในอดีต					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	0.50	1.00	-1.066	0.289
ประกอบอาชีพ	93	5.42	9.180		
อาชีพในปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	90	5.56	8.666	1.381	0.171
ประกอบอาชีพ	7	1.00	2.236		
รายได้					
ไม่มี	13	11.38	13.010	1.919	0.076
มี	84	4.26	7.950		
ภูมิลำเนา					
กรุงเทพ	79	5.28	9.016	0.126	0.900
ต่างจังหวัด	18	5.00	5.466		
ประวัติการเป็นโรคมองเสื่อมในครอบครัว					
มี	26	9.27	11.588	2.303	0.028*
ไม่มี	71	3.75	6.449		

* p<0.05

ตารางที่ 11 (ต่อ) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกับ
ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนการรับรู้ตราบาป				
	N	\bar{X}	S.D.	T	p-value
การทราบโรคที่ได้รับการวินิจฉัย					
ทราบ	43	4.12	5.279	-1.158	0.250
ไม่ทราบ	54	6.11	10.264		
ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการ วินิจฉัย					
เป็นโรคสมองเสื่อม	58	4.98	7.875	-0.345	0.731
ยังไม่เป็นโรคสมองเสื่อม	39	5.59	9.327		
ค่าคะแนน TMSE					
ระหว่าง 10-20 คะแนน	17	5.00	10.069	0.11	0.992
ระหว่าง 21-23 คะแนน	41	4.98	6.916		
ค่าคะแนน MOCA					
ระหว่าง 13-20 คะแนน	13	5.77	7.939	0.084	0.934
ระหว่าง 21-24 คะแนน	26	5.50	10.097		
โรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	63	4.73	7.775	-0.787	0.433
ไม่มีโรคประจำตัว	34	6.15	9.624		
ระยะเวลาที่มีอาการของโรคสมองเสื่อม					
น้อยกว่า 3 ปี	71	4.41	6.830	-1.257	0.218
3 ปีขึ้นไป	26	7.46	11.673		

* p<0.05

จากตารางที่ 11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปใน
ผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกับ
ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
p < 0.05 โดยผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่
มีประวัติของการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลกับผู้ดูแลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	คะแนนการรับรู้ตราบาป			
		\bar{X}	S.D.	t	p-value
เพศ					
ชาย	30	4.60	10.451	-0.447	0.656
หญิง	67	5.49	8.407		
ศาสนา					
ศาสนาพุทธ	95	4.93	8.894	-1.321	0.190
อื่นๆ	2	10.40	11.283		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	3.97	6.935	-1.055	0.295
ปริญญาตรีขึ้นไป	66	5.80	9.872		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	5.13	7.259	-0.070	0.945
ประกอบอาชีพ	65	5.26	9.854		
รายได้					
ไม่มี	4	3.75	6.850	-0.330	0.742
มี	93	5.28	9.148		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	90	4.60	8.507	-2.471	0.015*
ไม่เพียงพอ	7	13.14	12.469		
ภูมิลำเนา					
กรุงเทพ	75	5.36	9.179	-0.427	0.671
ต่างจังหวัด	16	6.44	9.805		
ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว					
มี	31	5.65	11.652	0.319	0.751
ไม่มี	66	5.02	7.613		

* p<0.05

จากตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลกับผู้ดูแลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลกับความเพียงพอของรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้ที่อยู่ในระดับเพียงพอ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนการรับรู้ตราบาป					
	N	Mean	S.D.	F/Welch	p-value	Significant Pairwise comparison
อายุ						
ระหว่าง 60-70 ปี (1)	29	7.34	10.230	3.882	0.027	(1) VS (3)*
ระหว่าง 71-80 ปี (2)	38	5.63	9.376			
80 ปีขึ้นไป (3)	30	2.67	3.387			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปีจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 71-80 ปี และมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนรวมความเครียด (Post hoc comparison) ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปกับอายุแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ตราใบของผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนการรับรู้ตราใบ					
	N	Mean	S.D.	F/Welch	p-value	Significant Pairwise comparison
อายุ						
ระหว่าง 30 – 50 ปี (1)	38	7.16	11.781	4.805	0.012*	(1) VS (3)*
ระหว่าง 51 – 70 ปี (2)	40	4.85	7.648			
70 ปีขึ้นไป (3)	19	2.11	2.355			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	27	3.81	6.409	1.230	0.313	
บุตร	52	6.63	10.940			
ลูกจ้าง	4	6.75	4.992			
อื่นๆ	14	2.21	4.870			
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	22	3.23	6.195	2.069	0.139	
ระหว่าง 1 – 3 ปี	49	3.96	6.134			
3 ปีขึ้นไป	26	9.27	13.631			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 14 เมื่อการรับรู้ตราใบของผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราใบกับอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี จะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 51-70 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนการรับรู้ตราใบ (Post hoc comparison) ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราใบกับอายุแตกต่างกับผู้ดูแลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA (N = 97)

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์	ความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ป่วย				
	N	Mean	S.D.	F/welch	P-value
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์น้อย	44	5.64	8.453	0.201	0.818
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ปานกลาง	48	5.06	8.806		
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์สูง	5	3.20	5.070		

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลกับแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Game-Howell

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ดูแลกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA (N = 97)

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์	ความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ป่วย				
	N	Mean	S.D.	F/welch	P-value
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์น้อย	44	4.07	6.086	3.041	0.070
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ปานกลาง	48	6.63	11.317		
มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์สูง	5	1.80	2.490		

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ดูแลกับแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบวัด NPI-Q โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Games-Howell (N = 97)

แบบวัด NPI-Q	ความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ป่วย					
	N	Mean	S.D.	F/welch	p-value	Significant pairwise comparison
มีความรุนแรงของอาการทางจิต ประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อย (1)	81	4.96	8.641	5.802	0.015*	(1) VS (3)* (2) VS (3)*
มีความรุนแรงของอาการทางจิต ประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลาง (2)	13	7.77	7.833			
มีความรุนแรงของอาการทางจิต ประสาทและพฤติกรรมในระดับสูง (3)	3	1.33	1.528			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบวัด NPI-Q โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลางจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อยและในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนการรับรู้ตราบาป (Post hoc comparison) ด้วยวิธี Games-Howell พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อยและระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปแตกต่างจากรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ดูแลกับแบบวัด NPI-Q โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Games-Howell (N = 97)

แบบวัด NPI-Q	ความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ดูแล					
	N	Mean	S.D.	F/welch	p-value	Significant pairwise comparison
มีความรุนแรงของอาการทางจิต ประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อย (1)	81	5.22	9.130	0.073	0.930	
มีความรุนแรงของอาการทางจิต ประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลาง (2)	13	4.77	9.373			
มีความรุนแรงของอาการทางจิต ประสาทและพฤติกรรมในระดับสูง (3)	3	7.00	7.550			

จากตารางที่ 18 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ดูแลกับแบบวัด NPI-Q โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Games-Howell (N = 97)

แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ	ความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ป่วย					
	N	Mean	S.D.	F/welch	p-value	Significant pairwise comparison
ความรู้สึกเป็นภาระน้อย (1)	44	6.86	11.276	6.306	0.004*	(1) VS (2)*
ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง (2)	43	4.42	5.001			(2) VS (3)*
ความรู้สึกเป็นภาระมาก (3)	10	1.50	2.273			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 19 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกเป็นภาระน้อยจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางและระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนการรับรู้ตราบาป (Post hoc comparison) ด้วยวิธี Games-Howell พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระน้อย จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปแตกต่างกับผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง และผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระปานกลางจะแตกต่างจากความรู้สึกเป็นภาระในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ดูแลกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Games-Howell (N = 97)

แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ	ความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ดูแล					
	N	Mean	S.D.	F/welch	p-value	Significant pairwise comparison
ความรู้สึกเป็นภาระน้อย (1)	44	4.30	9.747	7.186	0.004*	(1) VS (3)*
ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง (2)	43	3.23	4.093			(2) VS (3)*
ความรู้สึกเป็นภาระมาก (3)	10	17.80	11.877			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 20 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกเป็นภาระมาก จะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าความรู้สึกเป็นภาระน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนการรับรู้ตราบาป (Post hoc comparison) ด้วยวิธี Games-Howell พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระน้อย จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปแตกต่างกับผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระมาก และผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระปานกลางจะแตกต่างจากความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล
โดยใช้สถิติ Linear regression analysis

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม
ระยะแรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=97) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple
Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	t	P-value	r ²
อายุ 80 ปี	-3.695	1.753	-2.108	0.038*	0.126
มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว	5.515	1.829	3.015	0.003**	0.085
Constant	4.892	1.092	4.481	<0.01**	

* p < 0.05 , ** p < 0.01

จากตารางที่ 21 เมื่อนำตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการการเป็นโรคสมองเสื่อมใน
ครอบครัว และคะแนนจากแบบวัด NPI-Q มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณขั้นตอน
(Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปได้ คือ
ผู้ป่วยมีอายุ 80 ปีขึ้นไปโดยสามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 12.6 หมายความว่าถ้าผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80
ปีขึ้นไป จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปลดลง 3.695 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีก
ทั้งการมีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว สามารถพยากรณ์การรับรู้ตราบาปได้ ร้อยละ 8.5
โดยเมื่อผู้ป่วย มีประวัติการของการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้
ตราบาปเพิ่มขึ้น 5.515 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงสามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรดังกล่าว มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมอง
เสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแทนค่าในสมการ ดังนี้

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

แทนค่าได้

$$y = 4.892 + (-3.695) (\text{อายุ } 80 \text{ ปี}) + (5.515) (\text{ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว})$$

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=97) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	t	P-value	r ²
ความรู้สึกรับผิดชอบ	14.030	2.672	5.251	<0.01**	0.474
Constant	4.892	1.092	4.481	<0.01**	

** p<0.01

จากตารางที่ 22 เมื่อนำตัวแปร อายุ ความเพียงพอของรายได้ ความรู้สึกเป็นภาระ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปได้ คือ ตัวแปรความรู้สึกรับผิดชอบ สามารถพยากรณ์การรับรู้ตราบาปได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 47.4 ซึ่งหมายความว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มขึ้น 14.030 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงสามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรดังกล่าว มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแทนค่าในสมการ ดังนี้

$$y = a + b_1x_1$$

แทนค่าได้

$$y = 3.770 + 14.030 (\text{ความรู้สึกรับผิดชอบ})$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ตราใบของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เข้ามารับการรักษาใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 คน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2559

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2. แบบวัดการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยและผู้ดูแล 3. แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล 4. แบบสอบถาม NPI-Q 5. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ t-test และ One-way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรวมของการรับรู้ตราใบกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์การถดถอยถินิเยร์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 73.2 และร้อยละ 26.8 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 71-80 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 75.92 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 60 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 94 ปี โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 36.1 ประกอบอาชีพในอดีตส่วนใหญ่คือรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 28.9 มีอาชีพในปัจจุบันคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 92.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 38.1 มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.4 อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 73.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ทราบถึงการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 55.7

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด MCI ร้อยละ 40.2 ซึ่งส่วนใหญ่มีคะแนนจากแบบวัด MOCA เฉลี่ย = 21.0 คะแนน เป็นผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์(AD) ร้อยละ 38.1 Vascular dementia(VAD) ร้อยละ 11.3 และAD with CVD ร้อยละ 10.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคสมองเสื่อม มากกว่า 1 ปี – 3 ปี ร้อยละ 49.5

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 69.1 และ 30.9 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-70 ปี ร้อยละ 41.2. อายุเฉลี่ย 55.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 15.658

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ร้อยละ 94.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 40.2 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่มีเพียงพอและมีเงินเก็บ ร้อยละ 72.2 มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.3 ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 68.0 อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ร้อยละ 95.9 มีเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 9-16 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 33.0 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยอยู่มากกว่า 1 - 2 ปี ร้อยละ 33.0

การรับรู้ทราบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีการรับรู้ทราบในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกร้อยละ 4.1 จัดว่ามีการรับรู้ทราบอยู่ในระดับปานกลาง และอีกร้อยละ 3.1 จัดว่ามีการรับรู้ทราบอยู่ในระดับสูง

การรับรู้ทราบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลจะมีการรับรู้ทราบในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 89.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกร้อยละ 9.3 จัดว่ามีการรับรู้ทราบอยู่ในระดับปานกลาง และอีกร้อยละ 1.0 จัดว่ามีการรับรู้ทราบอยู่ในระดับสูง

ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีการดูแลอยู่ในระดับน้อยโดยคิดเป็นร้อยละ 45.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 54.6 ถือได้ว่าเกิดความรู้สึกเป็นภาระ โดยมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลปานกลาง ร้อยละ 44.3 และมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลมากร้อยละ 10.3

ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องของโรคอัลไซเมอร์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.5 อีกร้อยละ 45.4 ถือได้ว่ามีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์อยู่ในระดับน้อย และอีกร้อยละ 5.2 มีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์อยู่ในระดับสูง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 83.5 อีกร้อยละ 13.4 มีระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ในระดับปานกลาง และอีกร้อยละ 3.1 มีระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล

เมื่อใช้สถิติ t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกกับปัจจัยต่างๆพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกับระดับการศึกษาและประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่สูงกว่าปริญญาตรีและประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติของการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวและจากปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ดูแลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลกับความเพียงพอของรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับเพียงพอ

เมื่อใช้สถิติ One-Way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลกับปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปีจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 71-80 ปี และมากกว่า 80 ปีขึ้นไป และในส่วนของผู้ดูแล พบว่า ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลกับอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปีจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 51-70ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ในส่วนของแบบวัด NPI-Q ของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลางจะมีการรับรู้ตราบาป

มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อยและในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และในส่วนของผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราบาปกับแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกเป็นภาระมาก จะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าความรู้สึกเป็นภาระน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ปัจจัยทำนายระดับคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล

ในส่วนของผู้ป่วย เมื่อนำตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว และคะแนนจากแบบวัด NPI-Q มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปได้ คือ ผู้ป่วยมีอายุ 80 ปี สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 12.6 เมื่อผู้ป่วยมีอายุ มากกว่า 80 ปี จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปลดลง 3.695 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการมีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว สามารถพยากรณ์การรับรู้ตราบาปได้ ร้อยละ 8.5 โดยเมื่อผู้ป่วย มีประวัติการของการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มขึ้น 5.515 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของดูแล เมื่อนำตัวแปร อายุ ความเพียงพอของรายได้ ความรู้สึกเป็นภาระ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปได้ คือ ตัวแปรความรู้สึกเป็นภาระมาก สามารถทำนายได้ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 47.4 โดยเมื่อผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ตราบาปเพิ่มขึ้น 14.030 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกร้อยละ 4.1 จัดว่ามีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง และอีกร้อยละ 3.1 จัดว่ามีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา วรสิงห์⁽²⁷⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท โดยจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำเนื่องจากเป็นโรคทางสมองเหมือนกัน อีกทั้งลักษณะการดำเนินอาการของโรคยังเป็นแบบเรื้อรังเหมือนกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และคณะ⁽²⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชใน

ภาพรวมมีการรับรู้ตราบาปในระดับเล็กน้อย ทั้งนี้การรับรู้ตราบาปที่อยู่ในระดับต่ำของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกอาจเกิดจากผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคสมองเสื่อมมานานมากกว่า 1 ปี ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความรู้อึ้งและความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมมากขึ้นซึ่งทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดการยอมรับและเข้าใจในตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อีกทั้งความรุนแรงของผู้ป่วยนั้นเป็นความรุนแรงที่อยู่ในระยะแรกซึ่งจะมีการติดปดตีในเรื่องของความจำในระยะเริ่มต้น กล่าวคือผู้ป่วยเพียงแค่ว่าจะสูญเสียความจำระยะสั้น สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆได้เองอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุพัฒนา สุขสว่าง และคณะ⁽⁵⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่น่าอายจึงพยายามปกปิดการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคคลอื่นๆ เนื่องจากเกิดการกังวลว่าการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง และยังคงแตกต่างจากการศึกษาของ Dandan L.⁽⁵¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยพหุชาวจีนและชาวเวียดนามโดยอาศัยการสัมภาษณ์ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยพหุชาวจีนและชาวเวียดนามมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rebecca Jane Riley⁽⁵²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกที่สัมพันธ์กับระดับของอาการวิตกกังวล ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน อาจเกิดจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่แตกต่างกันแตกต่างกัน อีกทั้งอาจจะรวมไปถึงชนิดของอาการหรือโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ลักษณะของการเก็บข้อมูล และอาจจะเกิดจากความรู้อึ้งหรือความเข้าใจในโรคภายหลังจากผู้เกี่ยวข้องได้รับการวินิจฉัยอีกด้วย

จากการศึกษาเรื่องการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล นอกเหนือจากการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกจะอยู่ในระดับต่ำแล้ว การรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก็จัดอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 89.7 รองลงมาคือมีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาชวศรี คำหอม⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิตและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ ทั้งนี้การรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกที่จัดอยู่ในระดับต่ำ อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้นทำให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก

พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะแสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยก็เปรียบเสมือนกับการดูแลบุพการี ซึ่งก็อาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เกิดทางลบต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Perla Werner และคณะ⁽⁵³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดตราบาปในครอบครัวเพื่อดูปัจจัยบ่งชี้ในเรื่องของภาระการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกถึงการมีตราบาปและมีภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการหรือมีความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้นและยังแตกต่างจากการศึกษาของ Elizabeth Beattie และคณะ⁽⁵⁴⁾ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับภาวะสมองเสื่อม สุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยมีแบบวัด SIS เป็นหนึ่งในเครื่องมือในการศึกษานี้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นและยังแตกต่างจากการศึกษาของ Dandan L. และคณะ⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพหุชาวจีนและชาวเวียดนามมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูงถึงร้อยละ 48 ทั้งยังแตกต่างจากการศึกษาของ Megan Fong Liu (24) ที่ศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลและผลกระทบต่ออาการซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าจะสูงขึ้นเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้น ($p=0.0019$) ซึ่งจากการศึกษาที่ไม่สอดคล้องนี้เองอาจจะมีสาเหตุมาจากการศึกษาในประเทศที่ต่างกัน ลักษณะของการเก็บข้อมูล รวมไปถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน จึงอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดทัศนคติ สังคม วัฒนธรรม ของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ก็อาจจะเกิดความแตกต่างกันได้

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก พบว่าอายุของผู้ป่วยส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีการรับรู้ตราบาปลดลง ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีทัศนคติต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burgener SC.⁽²³⁾ ซึ่งการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับข้อมูลพื้นฐานของบุคคล โดยมีการใช้แบบวัด SIS เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เหมือนกับการศึกษานี้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยคือ อายุ โดยพบว่าอายุที่สูงขึ้นจะมีการรับรู้ตราบาปต่ำลง และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Werner, Aviv and Barac⁽³¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาปและการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ตราบาปต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งความสอดคล้องนี้อาจจะมาจากสาเหตุของการที่ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในอาการของโรคมามากขึ้นทำให้ทัศนคติที่มีต่อโรคดีขึ้น และอาจจะมีความคิดว่าตนเองอายุมากแล้วหากเป็นโรคสมองเสื่อมก็คงไม่แปลกเนื่องจากโรคนี้นี้เป็นโรคที่พบได้ในผู้สูงอายุอยู่แล้ว

ในปัจจุบันเรื่องการมีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวของผู้ป่วยก็ส่งผลต่อการรับรู้ ตราบาปเช่นกัน ซึ่งหมายความว่า หากมีคนในครอบครัวของผู้ป่วยเคยเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อนก็ อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตราบาปขึ้นได้ โดยปัจจัยนี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพของผู้ป่วย ที่มาจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งจะใกล้เคียงกับการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และ คณะ⁽³⁹⁾ ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ซึ่ง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีส่วนในการเกิดการรับรู้ตราบาปคือปัจจัยในเรื่องของการถ่ายทอดทาง กรรมพันธุ์ ซึ่งความสอดคล้องของปัจจัยนี้อาจจะมีสาเหตุมาจากโรคจิตเภทและโรคสมองเสื่อมเป็น โรคที่มีลักษณะของการดำเนินโรคคล้ายกัน ลักษณะของการเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมอง อีกทั้งการที่ผู้ป่วยเคยพบเห็นคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อนแล้วเกิดความรู้สึกที่เป็นทาง ลบต่อโรคเกิดขึ้นเนื่องจากได้เห็นถึงลักษณะอาการของโรครวมไปถึงความรุนแรงของโรคที่มีมากขึ้น จึงอาจจะทำให้เกิดทัศนคติไปในทางลบหรือเกิดตราบาปต่อโรคสมองเสื่อมขึ้นได้ อีกทั้งผู้ป่วยอาจจะมี ความวิตกกังวลต่อการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ของโรคสมองเสื่อมเนื่องจากเห็นคนในครอบครัวเป็น โรคสมองเสื่อมแล้วก็กังวลว่าตนเองจะเป็นบ้างเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Dao NT และคณะ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปกับความแตกต่างของเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชาวจีน และชาวอเมริกาซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติของการเป็นโรคสมองเสื่อมไม่ได้มีความ แตกต่างทางสถิติกับการรับรู้ตราบาป ทั้งนี้สาเหตุที่ไม่สอดคล้องนั้นอาจจะมาจากลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันเนื่องจากการเก็บข้อมูลในต่างประเทศอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็น กลุ่มที่เป็นชาวจีนและชาวอเมริกาเท่านั้นหากขยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นอาจจะพบว่า ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวอาจส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปได้

ในด้านของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระมากจะส่งผลต่อ การรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลให้สูงขึ้นกว่าผู้ดูแลที่มีภาระน้อยและปานกลาง เนื่องมาจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่มี ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากมาย เช่น ดูแลครอบครัวของผู้ดูแลเอง แต่ก็ยังต้องมีภาระหน้าที่เพิ่ม คือการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่จะต้องดูแลเกือบตลอดเวลา และ ดูแลในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลบ้าน นั้น อาจ ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการออกไปประกอบอาชีพที่จะทำให้มีรายได้เข้ามาในครอบครัวได้ ซึ่งการ ขาดรายได้นี้อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย รวมไปถึงรายจ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยและครอบครัว จึงอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหรือมีทัศนคติที่เป็นทางลบต่อโรคสมอง เสื่อมและรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นเป็นความรับผิดชอบที่หนักเกินไปซึ่งอาจจะส่งผลให้ ผู้ดูแลคิดว่าการดูแลนี้เป็นภาระสำหรับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alzheimer's Association and the National Alliance for Caregiving⁽⁵⁵⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่

ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะมีภาระของการดูแลมากขึ้นถึงร้อยละ 23 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Ory MG และคณะ⁽³³⁾ ที่ศึกษาความชุกและผลกระทบของการดูแลโดยเป็นการเปรียบเทียบรายละเอียดระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผลกระทบเรื่องภาระการดูแลที่สูงขึ้นจะสัมพันธ์กับเวลาและลักษณะของงานที่ผู้ดูแลต้องทำในแต่ละวัน ซึ่งจากความสอดคล้องนี้เอง อาจทำให้เห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยการทุ่มเทร่างกายและแรงใจเป็นอย่างมาก ซึ่งในบางครั้งผู้ดูแลอาจจะไม่พอใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา หรืออาจจะเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลนี้เป็นเรื่องที่หนักหนาเกินไปสำหรับตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปิยรัตน์ ดวงสิน⁽⁵⁶⁾ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ซึ่งจากความแตกต่างนี้ อาจจะมีสาเหตุมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคทางสมองเหมือนกัน แต่ก็เห็นได้ว่าภาระของการดูแลนั้นต่างกัน ทั้งนี้ อาจจะมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลทั้ง 2 โรคมีทัศนคติต่อโรคคนละแบบโดยผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อาจจะมีทัศนคติหรือความคิดในเชิงที่ว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่หายจากโรค ซึ่งอาจจะต่างจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ลักษณะของอาการจะเป็นไปในทางเรื้อรัง และอาจจะมี ความรุนแรงของโรคมกขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ดูแลคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนี้เป็นเรื่องที่หนักมากขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งสาเหตุนี้เองอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระได้

ปัจจัยอื่นๆ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆที่อาจจะเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็ นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลแล้วพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย และผู้ดูแล เชื้อชาติ ภูมิสำเนาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และอาการทางจิตเวช แต่ยังพบว่ามีการศึกษาอื่นๆ ที่ส่งผลว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ตราบาป เช่น การศึกษาเรื่อง Perceived stigma in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings : Part1 ของ Burgener SC⁽²⁶⁾ ซึ่งการศึกษา เพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยคือ เพศ เชื้อชาติ ภูมิสำเนา การศึกษาของ Burgener SC และคณะ ที่ศึกษาเรื่อง Perceived stigma in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings : Part2 ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรับรู้ตราบาปกับโรคทางจิตเวชอื่น โดยพบว่าการรับรู้ตราบาปส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้า 1.5% โรควิตกกังวล 10.2% ปัญหาเกี่ยวกับความจำและพฤติกรรม 28.6% และการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 65.5% การศึกษาของ Megan F Liu ที่พบว่าพบว่าการรับรู้ตราบาปมี

ความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การศึกษาของ Burgener SC และคณะ ที่ศึกษาเรื่อง Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease: Alzheimer's dementia and Parkinson's Disease ซึ่งการศึกษานี้ได้มีการใช้แบบวัด SIS เพื่อวัดการรับรู้ตราบาบในผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าจากคะแนนรวมแบบวัด SIS พบว่าการรับรู้ตราบาบที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและยังสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น การศึกษาของสมชาย พลอยเลื่อนแสง และคณะ⁽³⁰⁾ ที่ได้สำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาบ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตมากขึ้น และจะรับรู้สุขภาพจิตไม่ใช่ตราบาบ

ทั้งนี้จากการที่ปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยที่พบว่าอาจสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาบจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศแต่ยังไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาบในการศึกษานี้ นั้นอาจจะมีสาเหตุมาจากการการเก็บในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เพียงพอ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเป็นตราบาบยังมีจำนวนน้อย รวมไปถึงระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเนื่องจาก ในการศึกษานี้ได้เก็บตัวอย่างเฉพาะในคลินิก ในขณะที่บางการศึกษาเก็บตัวอย่างมาจากชุมชน อีกทั้งการศึกษานี้มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 12 เดือน ซึ่งในบางการศึกษาพบว่ามี การเก็บข้อมูล 18 เดือน และอาจรวมไปถึงความแตกต่างของแต่ละประเทศ อาจทำให้การศึกษานี้พบความรู้สึกมีตราบาบมีระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ หรืออาจเป็นสังคมไทยถูกมองว่าภาวะหลงลืมเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุจึงทำให้การรับรู้ตราบาบอยู่ในระดับไม่สูง

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคและยังจำกัดเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆอาจมีข้อจำกัด
2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้
3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทำในคลินิกเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาที่พบจึงเป็นผลที่มาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในคลินิกเท่านั้น
4. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้แค่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาบ แต่อาจไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการรับรู้ตราบาบได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจมาจากปัจจัยในหลายๆอย่าง เช่น ในเรื่องของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บในเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความคาดหวังในทางที่ดีขึ้นจากการรักษาที่โรงพยาบาลนี้อยู่แล้ว ดังนั้นจึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่ก็อาจจะทราบถึงอาการของตนเองอยู่บ้างแล้วว่ามีคามผิดปกติทางความจำ จึงอยากเริ่มเข้าสู่กระบวนการในการรักษา แต่ในทางกลับกันหากการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยตามชุมชนหรือผู้ป่วยที่ไม่ทราบถึงอาการของโรคสมองเสื่อม ก็อาจจะพบผลการศึกษาที่เปลี่ยนไปได้

2. บุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรที่จะให้ความสำคัญและให้ความสนใจในเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพื่อที่จะได้สร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มากขึ้น

3. ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมไปถึงการประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล เพื่อที่จะให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจจะยังป้องกันปัญหาอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้อีกด้วย

4. การศึกษานี้อาจจะสามารถนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือในสถานพยาบาลที่มีคลินิกความจำหรือคลินิกเฉพาะทางโรคสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษารับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อที่จะสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษารับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลในระยะความรุนแรงอื่นๆ เพื่อที่จะได้มีการเปรียบเทียบถึงการรับรู้ตราบาปว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

รายการอ้างอิง

1. ประยงค์ ลีมิตรสกุล และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านชุมชนศรีวิชัย อำเภอเชียงใหม่ จังหวัด เชียงใหม่. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 4. 2546;ตค-ธค(4).
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่อง โรคอัลไซเมอร์. ศูนย์สารนิเทศและ ประชาสัมพันธ์2545.
3. Dashiell J, & Kirk, T. Alzheimer's disease: A current perspective. Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease 1989;8:5-10.
4. International AsD. Overcoming the stigma of dementia. Alzheimer's Disease International 2012.
5. Goffman. Stigma: Notes on the management of spoiled identity1963.
6. Wahl. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia Bulletin. 1999;25(3):467-78.
7. Becker. Outsiders: Studies in the sociology of deviance1991.
8. Pilgrim. Key concepts in mental health. Great Britain: Cromwell Press2005.
9. กรมสุขภาพจิต. โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจให้ผู้มีปัญหา สุขภาพจิต2549. Available from: http://www.correct.go.th/jit/norjournal_03.html.
10. สนิทธี อนันท์วัฒน์ม. การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. [ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
11. อาชาวศรี คำหอม. การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท. [ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
12. ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม คลินิก. 2546;19:478-98.
14. กัมมันต์ พันธุมจินดา. สมองเสื่อมโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ; 2543.
15. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. ยี่ตอายุสมอง. บริษัทพิมพ์ดี2552.
16. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC2006.

17. วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา. การประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น. [ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
18. ปิ่นชนานันท์ ดั่งอังคะนันท์. การศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
19. สาธิตา แรกค่านวน. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
20. คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542.
21. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ [Internet]. 2558 [2015 January 5]. Available from: <http://www.agingthai.org/page/681>.
22. ไพศาล แดงพัฒน์พงศ์. ความชุกของพฤติกรรมปัญญาเสื่อมระยะแรก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคลินิกภูมิคุ้มกัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
23. Kitwood T. The experience of dementia. Aging and Mental Health. 1997.
24. Liu MF. Perceived stigma in caregivers of persons with dementia and its impact on depressive symptoms: University of Iowa 2011.
25. ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติและคณะ. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4. 2558:69-70.
26. Burgener SC. Perceived stigma in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings : Part1 The International Journal of Social Research and Practice 0(0):1-20.
27. สุจิตรา วรสิงห์และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. [ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
28. NT D. Gender differences in perceived stigma of dementia in Chinese Americans. Geriatr Psychiatry. 2014;29(1):987-90.

29. Neupane D DS, Thapa S, Bhandari PM, Mishra SR. Caregivers' Attitude towards People with Mental Illness and Perceived Stigma: A Cross-Sectional Study in a Tertiary Hospital in Nepal. *PLOS ONE* 2016;11(6):1-12.
30. สมชาย พลอยล้อมแสง และคณะ. การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตราบาป ภาระการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต. *วารสารสุขภาพจิตประเทศไทย*. 2547;12(2):71-9.
31. Werner P, Aviv, A. and Barak, Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia'. *International Psychogeriatrics*. 2008;20(1):174-87.
32. เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2558;29(1):103-22.
33. Watson C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16-20.
34. Dickerson FB, Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. . Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2002;28(1):143-55.
35. Ory MG. Prevalence and Impact of Caregiving:A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. *The Gerontologist*. 1999;39(2):177-85.
36. Ertugrul A, & Ulug, B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2004;39:73-7.
37. Burgener SC. The effects of perceived stigma on quality of life outcomes in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part2. *The International Journal of Social Research and Practice*.0(0):1-24.
38. Werner P. Family Stigma and Caregiver Burden in Alzheimer's Disease. *The Gerontologist*. 2012;52(1):89-97.
39. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ. ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2547;18(1):41-8.
40. ปันพร เฟ็งที. การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. [ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.

41. วรุฒิ รมไทร. คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
42. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. งามาธิบตีพยาบาลสาร. 2539;2(1):84-94.
43. ศรีนยา ฉันทะปริดา. ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. . [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
44. พนิดตา ศรีหาคลิ่ง. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
45. สุภาพ เหมือนชู. ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
46. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม2557.
47. นางสาวพินดา โยวะผุยและคณะ. การดูแลผู้ป่วยภาวะอัลไซเมอร์. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
48. Burgener S, & Berger, B. Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease: Alzheimer's dementia and Parkinson disease. Dementia. The International Journal of Social Research and Practice. 2008;7(1):31-53.
49. Carpenter BD. Disease Knowledgr Scale:Development and Psychometric Properties. The Gerontologist.49(2):236-47.
50. สุพัฒนา สุขสว่าง และคณะ. การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตประเทศไทย. 2548;23(1):25-37.
51. Dandan Liu LH, Cindy Tran, Devon Hinton, Judith C. Barker. Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. Cross-Cultural Gerontology.23(3):283-99.
52. Riley RJ. Perceived stigma in persons with early stage dementia and its impact on anxiety levels. University of Iowa 2012.


53. PERLICK DA, MIKLOWITZ DJ, LINK BG, STRUENING E, KACZYNSKI R, GONZALEZ J, et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(6):535-6.
54. Beattie E. Dementia, stigma, health and wellbeing -are there connections?: An Australian Government Initiative.
55. Caregiving AsAatNAf. Families care:Alzheimer's caregiving in the Unites States2004.
56. ปิยรัตน์ ดวงสิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

บ้านเลขที่ 45 หมู่ 9 ตำบลโนนบุรี อำเภอ สหสขันธ์ จังหวัด กาฬสินธุ์ 46140
เบอร์โทรศัพท์ 085-3989316

อาจารย์ที่ปรึกษา


ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564346, 02-2564298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนำร่องทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่องนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยนำร่องในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนำร่องนี้จากครอบครัว หรือเพื่อน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

เหตุผลความเป็นมา

ปัญหาของโรคสมองเสื่อมที่มีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันนั้นยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข ดูแลรักษากันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่สังคมส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุมากขึ้นและยังมีโอกาสจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นนี้เอง จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามมามากมาย เช่น การเข้าใจในโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น และจากรายงานเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ในปี 2012 ได้พูดถึงเรื่องการเอาชนะตราบาปจากโรคสมองเสื่อม ที่ได้ผลการรายงานจากการสำรวจความเห็นของประชาชน 2,500 คน ใน 50 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 24% มักจะปกปิดผลการวินิจฉัยของตนเอง และอีก 40% มักจะอ้างว่าถูกไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในสังคมไทย เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและทำความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพื่อที่จะได้สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในทางที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทดสอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยเอง ว่าแบบสอบถามนั้นสามารถได้คำตอบตามที่ผู้วิจัยต้องการหรือไม่
2. เพื่อทดสอบแบบสอบถามว่าง่ายต่อการเข้าใจโดยทุกคน ทุกระดับความรู้ในกลุ่มที่ต้องการจะศึกษาหรือไม่

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง 15 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย


หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาป จำนวน 24 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก รู้สึกไม่สบายกายหรือใจ ระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่องนี้ ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนาร่อง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาคือการได้นำข้อมูลการรับรู้ตราบาปที่ได้มาเป็นพื้นฐานความรู้ในการหาแนวทางสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีต่อโรคและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษาเพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย คนในครอบครัวและสังคม

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัยและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในอนาคต เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้


1. ทำแบบสอบถามด้วยความสัตย์จริง
2. แจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนาร่องครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยนาร่องนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้ทำวิจัยคือนางสาวนาถนิกา อาทะวิมล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้วิจัย 085-3989316 ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกประการ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลที่จะจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวนาถนิกา อาทะวิมล ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

หากท่านยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

การวิจัยเรื่องการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนำร่อง ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่องนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนำร่องนี้และต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยการแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยมีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่อง (Information sheet for research participant)</p>
--	--


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่องสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	---

การวิจัยเรื่องการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนำร่อง ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่องนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนำร่องนี้และต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยการแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนำร่องสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยมีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	--

ชื่อโครงการวิจัย การรับรู้ตราบบในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

บ้านเลขที่ 45 หมู่ 9 ตำบลโนนบุรี อำเภอ สหัชชันท์ จังหวัด กาฬสินธุ์ 46140

เบอร์โทรศัพท์ 085-3989316

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย


ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564346, 02-2564298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	--


เหตุผลความเป็นมา

ปัญหาของโรคสมองเสื่อมที่มีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันนั้นยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข ดูแลรักษากันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่สังคมส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุมากขึ้นและยังมีโอกาสจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นนี้เอง จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามมามากมาย เช่น การเข้าใจในโรคและการดูแลรักษาตนเอง เป็นต้น และจากรายงานเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ในปี 2012 ได้พูดถึงเรื่องการเอาชนะตราบาปจากโรคสมองเสื่อม ที่ได้ผลการรายงานจากการสำรวจความเห็นของประชาชน 2,500 คน ใน 50 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 24% มักจะปกปิดผลการวินิจฉัยของตนเอง และอีก40% มักจะอ้างว่าถูกไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลในสังคมไทย เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังผลจากการเป็นผู้ดูแลและได้ทำความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพื่อที่จะได้สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในทางที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลให้สามารถเข้าใจและดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 97 คน

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	--

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 3 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปสำหรับผู้ป่วย จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดNPI-Q สำหรับผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 40 – 45 นาที

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก รู้สึกไม่สบายกายหรือใจระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาคือการได้นำข้อมูลการรับรู้ตราบาปที่ได้มาเป็นพื้นฐานความรู้ในการหาแนวทางสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีต่อโรคและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษาเพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย คนในครอบครัวและสังคม

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัยและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในอนาคต เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้

1. แจ้งข้อมูลของท่านในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. แจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	--

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 และ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้วิจัย 085-3989316 ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกประการ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย


ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย


	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	--

6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

บ้านเลขที่ 45 หมู่ 9 ตำบลโนนบุรี อำเภอ สหสขันธ์ จังหวัด กาฬสินธุ์ 46140

เบอร์โทรศัพท์ 085-3989316

อาจารย์ที่ปรึกษา


ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564346, 02-2564298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมอง
เสื่อมระยะแรก ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้
อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อ
สงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่
ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อน ท่านมีเวลา
อย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่าน
ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	--

เหตุผลความเป็นมา

ปัญหาของโรคสมองเสื่อมที่มีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันนั้นยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข ดูแลรักษากันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่สังคมส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุมากขึ้นและยังมีโอกาสจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นนี้เอง จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามมามากมาย เช่น การเข้าใจในโรคและการดูแลรักษาตนเอง เป็นต้น และจากรายงานเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ในปี 2012 ได้พูดถึงเรื่องการเอาชนะตราบาปจากโรคสมองเสื่อม ที่ได้ผลการรายงานจากการสำรวจความเห็นของประชาชน 2,500 คน ใน 50 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 24% มักจะปกปิดผลการวินิจฉัยของตนเอง และอีก 40% มักจะอ้างว่าถูกไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลในสังคมไทย เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังผลจากการเป็นผู้ดูแลและได้ทำความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพื่อที่จะได้สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในทางที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลให้สามารถเข้าใจและดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์


จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 97 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปสำหรับผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ดูแล จำนวน 24 ข้อ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 30 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 30 - 40 นาที

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก รู้สึกไม่สบายกายหรือใจ ระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาคือการได้นำข้อมูลการรับรู้ทราบที่ได้มาเป็นพื้นฐานความรู้ในการหาแนวทางสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีต่อโรคและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแล เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย คนในครอบครัวและสังคม ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ดูแลในอนาคต เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้

1. แจ้งข้อมูลของท่านในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. แจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้วิจัย 085-3989316 ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกประการ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	---


การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้ดูแล (Information sheet for research participant)</p>
--	---

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

บ้านเลขที่ 45 หมู่ 9 ตำบลโนนบุรี อำเภอ สหสขันธ์ จังหวัด กาฬสินธุ์ 46140

เบอร์โทรศัพท์ 085-3989316

อาจารย์ที่ปรึกษา


ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564346, 02-2564298

เรียน ผู้แทนโดยชอบธรรมทุกท่าน

อาสาสมัครที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เป็นอาสาสมัครผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจที่จะให้อาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

เหตุผลความเป็นมา

ปัญหาของโรคสมองเสื่อมที่มีตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันนั้นยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข ดูแลรักษากันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่สังคมส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุมากขึ้นและยังมีโอกาสจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นนี้เอง จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามมามากมาย เช่น การเข้าใจในโรคและการดูแลรักษาตนเอง เป็นต้น และจากรายงานเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ในปี 2012 ได้พูดถึงเรื่องการเอาชนะตราบาจากโรคสมองเสื่อม ที่ได้ผลการรายงานจากการสำรวจความเห็นของประชาชน 2,500 คน ใน 50 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 24% มักจะปกปิดผลการวินิจฉัยของตนเอง และอีก 40% มักจะอ้างว่าถูกไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ตราบาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลในสังคมไทย เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังผลจากการเป็นผู้ดูแลและได้ทำความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพื่อที่จะได้สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในทางที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลให้สามารถเข้าใจและดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์


จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 97 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากที่อาสาสมัครให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้อาสาสมัคร ซึ่งอาสาสมัครจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปสำหรับผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปสำหรับผู้ป่วย จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปสำหรับผู้ดูแล จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดNPI-Q สำหรับผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์สำหรับผู้ดูแล จำนวน 30 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการเก็บข้อมูลทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 30 - 35 นาที

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ


อาสาสมัครอาจมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก รู้สึกไม่สบายกายหรือใจระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านและอาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาคือการได้นำข้อมูลการรับรู้ตราบาปที่ได้มาเป็นพื้นฐานความรู้ในการหาแนวทางสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีต่อโรคและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแล เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย คนในครอบครัวและสังคม ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ดูแลในอนาคต เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากอาสาสมัครไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านและอาสาสมัคร หากท่านและอาสาสมัครมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้ทำวิจัยคือ นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้วิจัย 085-3989316 ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกประการ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participant)</p>
--	--


การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่านและอาสาสมัคร จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านและอาสาสมัครจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านและอาสาสมัคร หากท่านและอาสาสมัคร ยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวนาถชนิกา อาทะวิมล ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวันจังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านและอาสาสมัคร ยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านและอาสาสมัคร จะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยซึ่งท่านและอาสาสมัคร จะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของอาสาสมัครในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับการเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information sheet for research participant)</p>
--	--

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	---

การวิจัยเรื่องการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยการแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยมีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	--	---


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)</p>
--	--

**โครงการวิจัย เรื่องการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์**


วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทน
โดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ที่อยู่..... ซึ่งมีความสัมพันธ์
เป็นของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....
(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม
การวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/
นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมใน
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามใน
ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่น
อย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมด
จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วย
ความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการ
วิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการ
ชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)</p>
--	---

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถขอยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ -นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)</p>
--	--

การจัดการกับตัวอย่างทางชีวภาพ

- ไม่มีตัวอย่างชีวภาพ
- มีแต่ไม่มีการขอเก็บ
- มีและขอเก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต
- ข้าพเจ้า ยินยอม
 ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือของด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย)ไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับผู้ป่วย

รายที่..... วันที่.....

แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริงส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. เพศ 1.ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม
 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
5. เชื้อชาติ 1. ไทยแท้ 2. ไทย/จีน 3. อื่นๆโปรดระบุ.....
6. อาชีพในอดีต 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3. ธุรกิจส่วนตัว 4. บริษัทเอกชน
 5. รับจ้าง/ค้าขาย 6. เกษตรกร
 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. อาชีพในปัจจุบัน 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3. ธุรกิจส่วนตัว 4. บริษัทเอกชน
 5. รับจ้าง/ค้าขาย 6. เกษตรกร
 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. รายได้รวมจากทุกแหล่งของท่านโดยเฉลี่ย 1. ไม่มีรายได้
 2. มีรายได้ ระบุ บาท / เดือน
9. ภูมิลำเนาปัจจุบัน จังหวัด.....
10. ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว 1. มี
 2. ไม่มี
11. ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร
 1. ทราบ (ระบุ.....) 2. ไม่ทราบ

12. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อโรคที่ท่านได้รับการวินิจฉัย.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

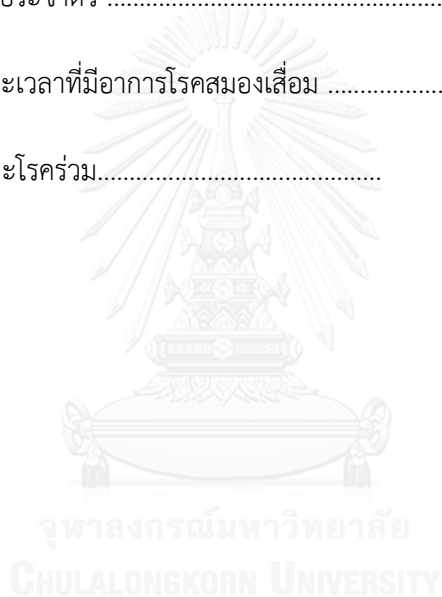
1. ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ถูกวินิจฉัย.....

2. ค่าคะแนนจากแบบวัด.....

3. โรคประจำตัว

4. ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อมปี.....เดือน

5. ภาวะโรคร่วม.....



สำหรับผู้ป่วย

STIGMA IMPACT SCALE (แบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสมองเสื่อม)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่อธิบายประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงไปในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านไม่มีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเลย
น้อย	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์นี้เกิดขึ้นใน 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นประมาณ 3 ครั้งต่อสัปดาห์
มาก	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นประมาณ 4 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ข้อที่	รายละเอียด	น้อยที่สุด (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1	นายจ้างหรือเพื่อนร่วมงานเลือกปฏิบัติต่อฉันในทางที่ไม่ดี	0	1	2	3	4
2	บางคนทำเหมือนว่าฉันมีความสามารถน้อยกว่าปกติ	0	1	2	3	4
3	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นให้ความเคารพน้อยกว่าฉันน้อยกว่าปกติ	0	1	2	3	4
4	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นกลัวติดโรคจากฉันโดยการสัมผัสมือหรือรับประทานอาหารที่ฉันทำ	0	1	2	3	4
5	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นหลีกเลี่ยงการพบฉันเพราะการเจ็บป่วยของฉัน	0	1	2	3	4
6	สมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ยอมรับฉันเพราะการเจ็บป่วยของฉัน	0	1	2	3	4
7	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นบางคนไม่ยอมรับฉันเพราะการเจ็บป่วยของฉัน	0	1	2	3	4
8	ฉันต้องพบกับสถานการณ์ที่น่าอายซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยของฉัน	0	1	2	3	4
9	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นๆ อึดอัดและกังวลเมื่อเขาอยู่ร่วมกับฉัน	0	1	2	3	4
10	ฉันมีปัญหาทางการเงินซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของฉันที่ฉันมีกับตัวเอง	0	1	2	3	4
11	ความเจ็บป่วยของฉันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในหน้าที่การงาน	0	1	2	3	4
12	ฉันมีปัญหาทางการเงินซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของฉันกับผู้อื่น	0	1	2	3	4
13	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่น ๆ คิดว่า ฉันควรถูกตำหนิ สำหรับการเจ็บป่วยของฉัน	0	1	2	3	4
14	ฉันไม่สะดวกใจที่จะเปิดเผยเรื่องความเจ็บป่วยของฉันกับผู้อื่น	0	1	2	3	4

ข้อที่	รายละเอียด	น้อยที่สุด (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
15	ฉันกลัวว่าบางคนจะบอกเรื่องความเจ็บป่วย ของฉันโดยไม่ได้รับอนุญาตจากฉันก่อน	0	1	2	3	4
16	ฉันรู้สึกที่ต้องเก็บความเจ็บป่วยของฉันเป็น ความลับ	0	1	2	3	4
17	ฉันรู้สึกว่าฉันมีส่วนในการถูกตำหนิสำหรับ ความเจ็บป่วยของตัวเอง	0	1	2	3	4
18	ฉันรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่นๆที่สุขภาพดี	0	1	2	3	4
19	ฉันต้องการได้รับความมั่นใจมากกว่าปกติว่า คนอื่นจะ ใส่ใจฉัน	0	1	2	3	4
20	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวบ่อยกว่าปกติ	0	1	2	3	4
21	การที่ฉันเจ็บป่วย ทำให้ฉันรู้สึกไม่เท่าเทียมใน ความสัมพันธ์ของฉันกับคนอื่นๆ	0	1	2	3	4
22	ฉันรู้สึกว่าความสามารถของฉันลดลงเมื่อเทียบ กับตอนก่อนที่ฉันจะป่วย	0	1	2	3	4
23	บางครั้งฉันรู้สึกตนเองไร้ค่าจากความเจ็บป่วย ของฉัน	0	1	2	3	4
24	ลักษณะรูปร่างภายนอกของฉันที่เปลี่ยนไป ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของฉัน	0	1	2	3	4

สำหรับผู้ดูแล

รายที่ วันที่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริงส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ดูแล

1. เพศ 1.ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม
 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
5. เชื้อชาติ 1. ไทยแท้ 2. ไทย/จีน 3. อื่นๆโปรดระบุ.....
6. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3. ธุรกิจส่วนตัว 4. บริษัทเอกชน
 5. รับจ้าง/ค้าขาย 6. เกษตรกร
 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ย 1. ไม่มีรายได้
 2. มีรายได้ ระบุ บาท / เดือน
8. ความเพียงพอของรายได้
 1. เพียงพอในแต่ละเดือนและมีเงินเก็บ
 2. เพียงพอในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเก็บ
 3. ไม่เพียงพอแต่ไม่ได้มีหนี้สิน
 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
9. ภูมิลำเนาปัจจุบัน จังหวัด.....
10. ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว 1. มี
 2. ไม่มี

11. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 1.สามี 2. ภรรยา
 3. บุตร 4. ลูกจ้าง
 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....
12. เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
13. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมาปี.....เดือน



สำหรับผู้ดูแล

แบบสอบถามภาระการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI)

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

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกนี้เลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ประมาณ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้หลายๆครั้งต่อสัปดาห์
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกือบทุกวัน

ข้อที่	รายละเอียด	ไม่เคย (0)	เกือบไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้างบ่อย (3)	บ่อยๆ (4)
1	ท่านรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง	0	1	2	3	4
2	ท่านรู้สึกว่าดูแลเป็นความรับผิดชอบอย่างมาก	0	1	2	3	4
3	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้	0	1	2	3	4
4	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ	0	1	2	3	4
5	ท่านรู้สึกว่าควรให้การดูแลผู้สูงอายุมากกว่านี้	0	1	2	3	4
6	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถให้การดูแลได้มากกว่านี้	0	1	2	3	4
7	ท่านรู้สึกว่าดูแลนี้เป็นภาระต่อท่าน	0	1	2	3	4
8	ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ	0	1	2	3	4
9	ท่านคิดว่าระดับความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับดูแลของผู้ดูแล	0	1	2	3	4
10	ท่านรู้สึกว่าความรับผิดชอบทุกอย่างตกอยู่กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว	0	1	2	3	4
11	ท่านกลัวอนาคตเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ	0	1	2	3	4
12	ท่านกลัวว่าจะไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุ	0	1	2	3	4
13	ท่านกลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไป	0	1	2	3	4
14	ท่านต้องการที่จะลงทะเบียนการดูแลนี้ให้กับบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	0	1	2	3	4
15	ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุและต้องรับผิดชอบงานอื่นๆพร้อมกัน	0	1	2	3	4

ข้อที่	รายละเอียด	ไม่เคย (0)	เกือบไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้างบ่อย (3)	บ่อยๆ (4)
16	ท่านรู้สึกโกรธ	0	1	2	3	4
17	ท่านรู้สึกอับอายกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของผู้สูงอายุ	0	1	2	3	4
18	ท่านรู้สึกไม่สะดวกที่เพื่อนฝูงมาที่บ้าน	0	1	2	3	4
19	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ ดำเนินชีวิตในสังคม	0	1	2	3	4
20	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ สัมพันธภาพของครอบครัวและเพื่อน	0	1	2	3	4
21	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ	0	1	2	3	4
22	ท่านรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อ เป็นส่วนตัว	0	1	2	3	4



สำหรับผู้ดูแล

STIGMA IMPACT SCALE : Caregiver (แบบวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแล)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่อธิบายประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านทำ

เครื่องหมาย √ ลงไปในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านไม่มีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเลย
น้อย	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์นี้เกิดขึ้นใน 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นประมาณ 3 ครั้งต่อสัปดาห์
มาก	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นประมาณ 4 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีประสบการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ข้อที่	รายละเอียด	น้อยที่สุด (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1	ฉันมีปัญหาทางการเงินของฉันส่งผลต่อกับความรู้สึกที่ฉันมีต่อตัวเอง	0	1	2	3	4
2	ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉันส่งผลต่อความมั่นคงในหน้าที่การงานของฉัน	0	1	2	3	4
3	นายจ้างหรือเพื่อนร่วมงานเลือกปฏิบัติต่อฉันในทางลบ	0	1	2	3	4
4	ฉันมีปัญหาทางการเงินของฉันซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของฉันกับคนอื่น	0	1	2	3	4
5	ฉันรู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เคารพ, เกรงใจ เมื่อเทียบกับคนอื่น	0	1	2	3	4
6	ฉันรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสมาชิกอื่นๆในครอบครัวที่ยังสบายดี	0	1	2	3	4
7	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นกลัวติดโรคจากผู้ป่วยที่ฉันดูแลโดยการ สัมผัสมือ หรือรับประทานอาหารที่ฉันเป็นคนทำ	0	1	2	3	4
8	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นมักจะหลบหน้าฉันเพราะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0	1	2	3	4
9	สมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ยอมรับฉันเพราะฉันดูแลสมาชิกในครอบครัวของฉันที่เป็นโรคสมองเสื่อม	0	1	2	3	4
10	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆคิดว่า ฉันควรถูกตำหนิ , โทษฉัน สำหรับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวของฉัน	0	1	2	3	4
11	ฉันไม่คิดว่าฉันสามารถเปิดเผยกับคนอื่นๆเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวฉันได้	0	1	2	3	4
12	ฉันกลัวว่าจะมีบางคนบอกเรื่องความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉันโดยไม่ได้รับอนุญาตจากฉันก่อน	0	1	2	3	4

ข้อที่	รายละเอียด	น้อยที่สุด (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
13	ฉันรู้สึกว่ามีความจำเป็นต้องเก็บเรื่องความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉันไว้เป็นความลับ	0	1	2	3	4
14	ฉันรู้สึกว่าเพื่อนบางคนไม่ยอมรับฉันเพราะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0	1	2	3	4
15	ฉันต้องการได้รับความมั่นใจมากกว่าปกติว่าคนอื่นยังใส่ใจฉันอยู่	0	1	2	3	4
16	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวบ่อยครั้งกว่าปกติ	0	1	2	3	4
17	การที่สมาชิกในครอบครัวฉันเจ็บป่วย ทำให้ฉันรู้สึกไม่เท่าเทียมในความสัมพันธ์ของฉันกับคนอื่น ๆ	0	1	2	3	4
18	ฉันรู้สึกว่าฉันมีส่วนในการถูกตำหนิอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0	1	2	3	4
19	ฉันรู้สึกว่าความสามารถของฉันลดลงกว่าแต่ก่อนที่สมาชิกในครอบครัวฉันจะป่วย	0	1	2	3	4
20	ฉันต้องพบกับสถานการณ์ที่น่าอายซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0	1	2	3	4
21	จากการที่สมาชิกในครอบครัวของฉันป่วย ดูเหมือนว่าคนอื่นๆ จะอึดอัดและเครียดเมื่อพวกเขาอยู่ร่วมกับฉัน	0	1	2	3	4
22	บางคนแสดงท่าทีราวกับว่าฉันมีความสามารถน้อยกว่าปกติ	0	1	2	3	4
23	บางครั้งฉันรู้สึกไร้ค่าเนื่องจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0	1	2	3	4
24	ลักษณะรูปร่างภายนอกของสมาชิกในครอบครัวฉันที่มีอาการหลงลืม ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของฉัน	0	1	2	3	4

สำหรับผู้ดูแล

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease Knowledge Scale)

ข้อความด้านล่าง คือ ข้อความเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ โปรดอ่านแต่ละประโยคอย่างรอบคอบ และกา X ในช่องว่างตามที่ท่านคิดว่าประโยคนั้นเป็นจริงหรือเท็จ หากไม่แน่ใจในคำตอบสามารถเดาได้ โปรดตอบให้ครบทุกข้อถึงแม้ท่านจะไม่แน่ใจในคำตอบก็ตาม.

ข้อที่	รายละเอียด	จริง	เท็จ
1	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มอย่างมากที่จะมีอาการซึมเศร้า		
2	การออกกำลังกายสมองได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่าสามารถป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้		
3	หลังจากเริ่มมีอาการของโรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยอีก 6-12 ปี		
4	เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีอาการกระสับกระส่าย การตรวจสุขภาพอาจช่วยหาสาเหตุจากปัญหาสุขภาพอื่นๆที่ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่ายได้		
5	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะทำได้ที่แย่ที่สุดเมื่อออกคำสั่งง่ายๆที่ละคำสั่ง		
6	เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เริ่มมีความลำบากในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลควรเข้าไปช่วยเหลือในทันที		
7	หากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีอาการตื่นตัวกระสับกระส่ายในตอนกลางคืน กลยุทธ์ในการรับมือที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งคือพยายามให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายได้ออกกำลังกายระหว่างวันมากขึ้น		
8	ผู้ป่วยที่หายจากโรคอัลไซเมอร์เป็นกรณีที่พบได้น้อยมาก		
9	ผู้ป่วยที่อาการของโรคอัลไซเมอร์ยังไม่รุนแรงจะได้รับประโยชน์จากการบำบัดบำบัดสำหรับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล		
10	ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านความจำและมีความคิดสับสนเกิดขึ้นฉับพลัน อาจเพราะป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์		
11	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีกอาศัยอยู่ในสถานดูแลคนชรา		
12	การขาดสารอาหารสามารถทำให้อาการของโรคอัลไซเมอร์แย่ลงได้		
13	คนในช่วงอายุ 30 - 39 ปีสามารถเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้		
14	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะมีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่ายขึ้นเมื่ออาการของโรคแย่ลง		
15	เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ถามคำถามหรือเล่าเรื่องเดิมซ้ำหลายครั้ง จะเป็นการดีที่จะเตือนพวกเขาว่ากำลังพูดซ้ำๆอยู่		
16	เมื่อผู้ใดป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์แล้ว จะไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตัวเองได้อีกต่อไป		
17	ในที่สุดแล้วผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชม.		
18	การมีระดับคอเลสเตอรอลสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์		
19	อาการสั่นของมือหรือแขนเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยอัลไซเมอร์		
20	อาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงสามารถถูกเข้าใจผิดว่าเป็นอาการของโรคอัลไซเมอร์ได้		
21	โรคอัลไซเมอร์เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง		
22	ปัญหาในการใช้จ่ายเงิน จ่ายบิลหรือใบแจ้งหนี้เป็นอาการเริ่มต้นที่พบได้บ่อยในโรคอัลไซเมอร์		
23	ความเชื่อที่ว่าถูกผู้อื่นขโมยสิ่งของ เป็นอาการหนึ่งของโรคอัลไซเมอร์		
24	การใช้ไนตเตอนความจำ จะทำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีอาการแย่ลง		
25	มียาแผนปัจจุบันที่สามารถป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้		
26	การมีความดันโลหิตสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงของบุคคลในการเกิดโรคอัลไซเมอร์		

ข้อที่	รายละเอียด	จริง	เท็จ
27	พันธุกรรมเป็นเพียงแค่สาเหตุบางส่วนในการทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์		
28	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์สามารถขับรถได้อย่างปลอดภัยตราบเท่าที่มีผู้ร่วมทางโดยสารอยู่ในรถด้วยตลอดเวลา		
29	โรคอัลไซเมอร์ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
30	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่จะจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่นานได้ดีกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต		



คะแนนเฉลี่ยรายข้อแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
1	นายจ้างหรือเพื่อนร่วมงานเลือกปฏิบัติต่อฉันในทางที่ไม่ดี	0.06	0.348
2	บางคนทำเหมือนว่าฉันมีความสามารถน้อยกว่าปกติ	0.15	0.527
3	ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นให้ความเคารพนับถือฉันน้อยกว่าปกติ	0.16	0.553
4	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นกลัวติดโรคจากฉันโดยการสัมผัสมือหรือรับประทานอาหารที่ฉันทำ	0.09	0.481
5	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นหลีกเลี่ยงการพบฉันเพราะการเจ็บป่วยของฉัน	0.13	0.448
6	สมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ยอมรับฉันเพราะการเจ็บป่วยของฉัน	0.09	0.410
7	ฉันรู้สึกว่าเพื่อนบางคนไม่ยอมรับฉันเพราะการเจ็บป่วยของฉัน	0.09	0.410
8	ฉันต้องพบกับสถานการณ์ที่น่าอายซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยของฉัน	0.27	0.729
9	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆอึดอัดและกังวลเมื่อเขาอยู่ร่วมกับฉัน	0.21	0.691
10	ฉันมีปัญหาทางการเงินซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของฉันที่ฉันมีกับตัวเอง	0.14	0.540
11	ความเจ็บป่วยของฉันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในหน้าที่การงาน	0.05	0.302
12	ฉันมีปัญหาทางการเงินซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของฉันกับผู้อื่น	0.08	0.400
13	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆคิดว่า ฉันควรถูกตำหนิ สำหรับการเจ็บป่วยของฉัน	0.23	0.729
14	ฉันไม่สะดวกใจที่จะเปิดเผยเรื่องความเจ็บป่วยของฉันกับผู้อื่น	0.26	0.820
15	ฉันกลัวว่าบางคนจะบอกเรื่องความเจ็บป่วยของฉันโดยไม่ได้รับอนุญาตจากฉันก่อน	0.23	0.797
16	ฉันรู้สึกว่าต้องเก็บความเจ็บป่วยของฉันเป็นความลับ	0.13	0.623
17	ฉันรู้สึกว่าฉันมีส่วนในการถูกตำหนิสำหรับความเจ็บป่วยของตัวเอง	0.23	0.700
18	ฉันรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่นที่สุขภาพดี	0.20	0.731

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
19	ฉันต้องการได้รับความมั่นใจมากกว่าปกติว่าคนอื่นจะ ใส่ใจฉัน	0.48	1.091
20	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวบ่อยกว่าปกติ	0.40	0.975
21	การที่ฉันเจ็บป่วย ทำให้ฉันรู้สึกไม่เท่าเทียมในความสัมพันธ์ของ ฉันกับคนอื่น ๆ	0.12	0.415
22	ฉันรู้สึกว่าความสามารถของฉันลดลงเมื่อเทียบกับตอนที่ฉัน จะป่วย	0.74	1.416
23	บางครั้งฉันรู้สึกตนเองไร้ค่าจากความเจ็บป่วยของฉัน	0.32	0.811
24	ลักษณะรูปร่างภายนอกของฉันที่เปลี่ยนไปส่งผลต่อ ความสัมพันธ์ทางสังคมของฉัน	0.34	0.877



คะแนนเฉลี่ยรายข้อแบบวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
1	ฉันมีปัญหาทางการเงินของฉันส่งผลต่อความรู้สึกที่ฉันมีต่อตัวเอง	0.35	0.804
2	ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉันส่งผลต่อความมั่นคงในหน้าที่การงานของฉัน	0.34	0.720
3	นายจ้างหรือเพื่อนร่วมงานเลือกปฏิบัติต่อฉันในทางลบ	0.11	0.378
4	ฉันมีปัญหาทางการเงินของฉันซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของฉันกับคนอื่น	0.18	0.500
5	ฉันรู้สึกว่าคุณเลือกปฏิบัติอย่างไม่เคารพ,เกรงใจ เมื่อเทียบกับคนอื่น	0.23	0.604
6	ฉันรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสมาชิกอื่นๆในครอบครัวที่ยังสบายดี	0.23	0.743
7	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นกลัวติดโรคจากผู้ป่วยที่ฉันดูแลโดยการสัมผัสมือ หรือรับประทานอาหารที่ฉันเป็นคนทำ	0.06	0.282
8	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นมักจะหลบหน้าฉันเพราะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0.10	0.420
9	สมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ยอมรับฉันเพราะฉันดูแลสมาชิกในครอบครัวของฉันที่เป็นโรคสมองเสื่อม	0.14	0.478
10	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นๆคิดว่า ฉันควรถูกตำหนิ , โทษฉัน สำหรับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวของฉัน	0.22	0.616
11	ฉันไม่คิดว่าฉันสามารถเปิดเผยกับคนอื่นๆเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวฉันได้	0.22	0.633
12	ฉันกลัวว่าจะมีบางคนบอกเรื่องความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉันโดยไม่ได้รับอนุญาตจากฉันก่อน	0.31	0.795
13	ฉันรู้สึกว่ามีความจำเป็นต้องเก็บเรื่องความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉันไว้เป็นความลับ	0.27	0.757
14	ฉันรู้สึกว่าเพื่อนบางคนไม่ยอมรับฉันเพราะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0.09	0.384
15	ฉันต้องการได้รับความมั่นใจมากกว่าปกติว่าคนอื่นยังใส่ใจฉันอยู่	0.31	0.769
16	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวบ่อยครั้งกว่าปกติ	0.33	0.746
17	การที่สมาชิกในครอบครัวฉันเจ็บป่วย ทำให้ฉันรู้สึกไม่เท่าเทียมในความสัมพันธ์ของฉันกับคนอื่นๆ	0.12	0.462

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
18	ฉันรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการถูกตำหนิอื่นเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0.18	0.540
19	ฉันรู้สึกว่าความสามารถของฉันลดลงกว่าแต่ก่อนที่สมาชิกในครอบครัวฉันจะป่วย	0.32	0.823
20	ฉันต้องพบกับสถานการณ์ที่น่าอายซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0.18	0.521
21	จากการที่สมาชิกในครอบครัวของฉันป่วย ดูเหมือนว่าคนอื่นๆ จะอึดอัดและเครียดเมื่อพวกเขาอยู่ร่วมกันกับฉัน	0.20	0.571
22	บางคนแสดงท่าทีราวกับว่าฉันมีความสามารถน้อยกว่าปกติ	0.25	0.613
23	บางครั้งฉันรู้สึกไร้ค่าเนื่องจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวฉัน	0.22	0.696
24	ลักษณะรูปร่างภายนอกของสมาชิกในครอบครัวฉันที่มีอาการหลงลืม ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของฉัน	0.28	0.732

คะแนนเฉลี่ยรายข้อแบบวัดความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
1	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มอย่างมากที่จะมีอาการซึมเศร้า	0.61	0.491
2	การออกกำลังสมองได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่าสามารถป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้	0.10	0.306
3	หลังจากเริ่มมีอาการของโรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยอีก 6-12 ปี	0.33	0.473
4	เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีอาการกระสับกระส่าย การตรวจสุขภาพอาจช่วยหาสาเหตุจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่ายได้	0.65	1.173
5	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะทำได้ดีที่สุดในเมื่อออกคำสั่งง่ายๆที่ละคำสั่ง	0.90	0.306
6	เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์เริ่มมีความลำบากในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลควรเข้าไปช่วยเหลือในทันที	0.25	0.434
7	หากผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีอาการตื่นตัวกระสับกระส่ายในตอนกลางคืน กลยุทธ์ในการรับมือที่ดีวิธีหนึ่งคือพยายามให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายได้ออกกำลังระหว่างวันมากขึ้นจริงๆ	0.69	0.465
8	ผู้ป่วยที่หายจากโรคอัลไซเมอร์เป็นกรณีที่เกิดขึ้นน้อยมาก	0.12	0.331
9	ผู้ป่วยที่อาการของโรคอัลไซเมอร์ยังไม่รุนแรงจะได้รับประโยชน์จากการทำจิตบำบัดสำหรับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล	0.63	0.486
10	ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านความจำและมีความคิดสับสนเกิดขึ้นฉับพลัน อาจเพราะป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์	0.26	0.440
11	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ในสถานดูแลคนชรา	0.76	0.428
12	การขาดสารอาหารสามารถทำให้อาการของโรคอัลไซเมอร์แย่ลงได้	0.82	0.382

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
13	คนในช่วงอายุ 30 - 39 ปีสามารถเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้	0.43	0.498
14	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะมีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่ายขึ้น เมื่ออาการของโรคแย่ลง	0.80	0.399
15	เมื่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ถามคำถามหรือเล่าเรื่องเดิมซ้ำหลาย ครั้ง จะเป็นการดีที่จะเตือนพวกเขาว่ากำลังพูดซ้ำๆอยู่	0.42	0.497
16	เมื่อผู้ใดป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์แล้ว จะไม่สามารถ ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตัวเองได้อีกต่อไป	0.30	0.497
17	ในที่สุดแล้วผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จำเป็นต้องได้รับการ ดูแลตลอด 24 ชม.	0.62	0.488
18	การมีระดับคอเลสเตอรอลสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงในการ เกิดโรคอัลไซเมอร์	0.65	0.480
19	อาการสั่นของมือหรือแขนเป็นอาการที่พบได้บ่อยใน ผู้ป่วยอัลไซเมอร์	0.58	0.497
20	อาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงสามารถถูกเข้าใจผิดว่าเป็น อาการของโรคอัลไซเมอร์ได้	0.58	0.497
21	โรคอัลไซเมอร์เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง	0.98	0.143
22	ปัญหาในการใช้จ่ายเงิน จ่ายบิลหรือใบแจ้งหนี้เป็นอาการ เริ่มต้นที่พบได้บ่อยใน โรคอัลไซเมอร์	0.71	0.455
23	ความเชื่อที่ว่าถูกผู้อื่นขโมยสิ่งของ เป็นอาการหนึ่งของ โรคอัลไซเมอร์	0.73	0.445
24	การใช้ไนตเทือนความจำ จะทำให้ผู้ป่วยอัลไซเมอร์มี อาการแย่ลง	0.78	0.414
25	มียาแผนปัจจุบันที่สามารถป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้	0.32	0.469
26	การมีความดันโลหิตสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงของบุคคลใน การเกิดโรคอัลไซเมอร์	0.71	0.455
27	พันธุกรรมเป็นเพียงแค่สาเหตุบางส่วนในการทำให้เกิด โรคอัลไซเมอร์	0.73	0.445
28	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์สามารถขับรถได้อย่างปลอดภัยตราบ เท่าที่มีผู้ร่วมทางโดยสารอยู่ในรถด้วยตลอดเวลา	0.80	0.399

ข้อที่	รายละเอียด	Mean	S.D.
29	โรคอัลไซเมอร์ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	0.88	0.331
30	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่จะจำเหตุการณ์ที่ผ่านไปไม่นานได้ดีกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต	0.79	0.432



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว นาถชนิกา อาทะวิมล

วัน เดือน ปีเกิด 17 กรกฎาคม 2534 ปัจจุบันอายุ 23 ปี

ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์

พ.ศ. 2557 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร มหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี

การศึกษา 2557

