

ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

น.ส.วราวดี เหมรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia
at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Miss Warawadee Hemaratna

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2018
Copyright of Chulalongkorn University



2130771235

CU ThesIs 6074264230 thesis / recv: 22072562 09:30:34 / seq: 13

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
โดย	น.ส.วรราวดี เหมรัตน์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดาวชมพู นาคะวีโร)

วราวดี เหมรัตน์ : ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่
 คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (The Prevalence of Wandering Behavior in
 People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่
 ปริญญาหลัก : ผศ. นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

เหตุผลของการทำวิจัย: ปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหา
 ที่ก่อให้เกิดผลเสียรุนแรง เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บ สูญหายและอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ทำให้เกิดความ
 ทุกข์ใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล โดยขณะนี้ขาดข้อมูลการศึกษาปัญหาพฤติกรรมนี้ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มี
 ภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 95 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
 ชนิดใดชนิดหนึ่งและมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย แบบ
 ประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (RAWS-CV) แบบประเมินอาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์ NPI-Q
 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชเนียร์เฮลเอตี้แอล แบบประเมินความสามารถเชิง
 ปฏิบัติดัชนีนูฟาเอตี้แอล แบบทดสอบ TMSE และแบบประเมินภาระของผู้ดูแล (ZBI) คำนวณสถิติโดยใช้
 โปรแกรม SPSS version 22 เพื่อหาสถิติเชิงพรรณนา คำนวณสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Logistic และ Linear
 regression เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้
 จุดหมายหรือพลัดหลง คิดเป็นร้อยละ 23.2 และมีพฤติกรรมดังกล่าวด้วยแบบประเมิน RAWS-CV ที่มีค่า
 คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1 ถึงร้อยละ 82.1 โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย
 อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยมากกว่า 4 ปีขึ้นไป มีอาการประสาทหลอน เฉยเฉยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้
 อารมณ์ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ ส่วนปัจจัยที่พยากรณ์ค่าคะแนน RAWS-CV ได้แก่ ค่าคะแนนความรุนแรงของอาการ
 ทางจิตประสาทและพฤติกรรม ระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแล มีอาการประสาทหลอน มีโรคประจำตัวอื่น ๆ มี
 ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ และการได้รับยา memantine

สรุป: ประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจาก
 การรายงานของผู้ดูแล ในขณะที่มากกว่า 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดังกล่าวจากแบบประเมินและ
 สร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแล การประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการพลัดหลง
 หรือหายออกจากบ้านหรือเกิดอันตรายร้ายแรงกับผู้ป่วยได้ในภายหลัง

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ นิสิต

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก



6074264230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: DEMENTIA, WANDERING BEHAVIOR, PREVALENCE

Warawadee Hemaratna : The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital . Advisor: Asst. Prof. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, M.D.

Wandering behavior in people with dementia causes the serious consequences; including physical injuries, getting lost and fatality. Currently, it is lack of evidence-based information concerning wandering behavior in people with dementia in Thailand.

Objectives: To explore the prevalence and associated factors of wandering behavior in people with dementia at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: The samples of 95 subjects from dementia clinic were interviewed using demographic data questionnaires, Revised Algease Wandering Scale Community Version (RAWS-CV), NPI-Q, Barthel ADL Index, Chula ADL Index, TMSE and Zarit Burden Interview (ZBI). The SPSS version 22 was used for descriptive and inferential statistics analyses. Univariate analysis was used to demonstrate the associated factors while logistic and linear regression analyses were used to determine the risk and predictive factors.

Results: The prevalence of reported wandering behavior in people with dementia from caregivers was 23.2%, while 82.1% of subjects had the score of the RAWS-CV > 1. The risk factors for wandering behavior were duration of dementia diagnosis more than 4 years, presence of hallucination, apathy, and disinhibition. The predictive factors for RAWS-CV were the level of NPI-Q severity and caregiver's distress, presence of hallucination, having medical comorbidities, having appetite/eating disorder and prescribed for memantine.

Conclusion: One quarter of the patients at Dementia Clinic had history of wandering behavior reported from caregivers, while more than 4 in 5 of the subjects had these behaviors from RAWS-CV and caused caregivers' distress. The Wandering Scale can be helpful in assessment of risk and prevention of serious consequences of wandering behavior.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature



2130771235

CD IThesis 6074264230 thesis / recv: 22072562 09:30:34 / seq: 13

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จากความกรุณาอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้ให้แง่คิด ชี้แนะแนวทาง แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำ วิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงดาวชมพู นาคะวิโรที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัยสอบ วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ อีกทั้งยังกรุณาตรวจทาน ให้คำแนะนำ และเสนอแนะข้อคิดเห็นเพื่อให้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเจ้าของแบบสอบถามและแบบประเมินทุก ๆ ท่านที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการเก็บ ข้อมูลวิจัย รวมถึงอนุญาตให้นำแบบสอบถามมาแปลเป็นภาษาไทย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยอบรม สั่งสอน ให้ความรู้และชี้แนะแนวทางในการดำเนินชีวิต และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการทุก ๆ ท่านที่คอยให้ความ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำที่ดีมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณบุคลากรของคลินิกโรคสมองเสื่อม (ตึก ภปร. ชั้น 12) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน ที่ คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณน้ำใจของเพื่อนที่มาช่วยเก็บข้อมูลโดยเฉพาะ คุณมุกดา ชัยพิพัฒน์และขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งญาติและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวที่สนับสนุนการเรียนในครั้งนี้และคอยเป็นกำลังใจตลอดการเรียนและ การทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ วทม.สุขภาพจิตที่มอบมิตรภาพและสิ่งดี ๆ ให้แก่กันเสมอมา

วราวดี เหมรัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and Rationale).....	1
คำถามของการวิจัย (Research Questions)	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)	2
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	2
คำสำคัญ (Keywords).....	2
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition).....	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literature).....	4
1. ภาวะสมองเสื่อม.....	4
1.1 ความหมาย.....	4
1.2 การแบ่งประเภท.....	4
1.3 ความชุก	6



2130771235

CD :Thesis 6074264230 thesis / rev: 22072562 09:30:34 / seq: 13

1.4 ปัญหาพฤติกรรม BPSD..... 6

2. พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering behavior) 7

 2.1 ความหมาย..... 7

 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย 8

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 12

 รูปแบบงานวิจัย (Research Design) 12

 การสังเกตและมาตรวัด (Observational measurement) 13

 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement Instruments)..... 13

 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) 17

 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) 17

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 18

 ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาล
 จุฬาลงกรณ์ 19

 1.1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล..... 19

 1.2 ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย 22

 1.3 ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล 25

 1.4 ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWs-CV และแบบสอบถาม NPI-Q 28

 ส่วนที่ 2: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และ
 ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มา
 รับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ Chi-square
 และ Fisher’s exact test..... 32

 ส่วนที่ 3: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน RAWs-CV กับปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการ
 เจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรค
 สมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ Independent t - test และ One-way
 ANOVA..... 41

 ส่วนที่ 4: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย
 และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ที่มาบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)..... 50

ส่วนที่ 5: ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis และ Linear Regression Analysis..... 51

5.1 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจากประวัติที่ให้โดยผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis 51

5.2 ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจากค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมิน RAWS-CV โดยใช้สถิติ Linear Regression Analysis 52

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ 53

สรุปผลการวิจัย..... 53

การอภิปรายผล 56

สรุปผลการศึกษา 60

ประโยชน์ที่ได้รับ..... 60

ข้อจำกัดในการทำวิจัย 60

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้..... 61

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 61

บรรณานุกรม..... 62

ภาคผนวก..... 65

ประวัติผู้เขียน..... 97

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1. สถิติผู้สูญหาย แยกตามประเภทการหาย.....	1
ตารางที่ 2. หลักเกณฑ์แยกประเภทพฤติกรรมการเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมาย	7
ตารางที่ 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมาย	9
ตารางที่ 4. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 95 คน).....	19
ตารางที่ 5. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 95 คน).....	22
ตารางที่ 6. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (n = 95 คน).....	25
ตารางที่ 7. ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWs-CV จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ย (n = 95 คน).....	28
ตารางที่ 8. ข้อมูลประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมาย (n = 95 คน).....	29
ตารางที่ 9. คะแนนเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อยแยกตามกลุ่มการมีประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมาย	30
ตารางที่ 10. ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q (n = 95 คน).....	30
ตารางที่ 11. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	32
ตารางที่ 12. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบทดสอบ TMSE, แบบประเมิน Barthel ADL, Chula โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	34
ตารางที่ 13. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	36
ตารางที่ 14. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลจากแบบประเมิน RAWs-CV โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	38
ตารางที่ 15. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	39

ตารางที่ 16. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA.....	41
ตารางที่ 17. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA.....	43
ตารางที่ 18. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA.....	45
ตารางที่ 19. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม RAWS-CV กับข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้ Independent t - test และ One-way ANOVA.....	47
ตารางที่ 20. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient).....	50
ตารางที่ 21. แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยใช้สถิติ Logistic Regression วิธี Forward Stepwise (Likelihood Ratio) (n = 95).....	51
ตารางที่ 22. แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยใช้การสถิติ Multiple Linear Regression ด้วยวิธี Stepwise (n = 95).....	52



2130771235

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and Rationale)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งที่พบมากขึ้นในปัจจุบันและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านความจำ ความคิด อันเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคน โดยพบในสัดส่วนร้อยละ 5-8 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการคาดการณ์ว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นถึง 82 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 152 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งจำนวนที่มากขึ้นนี้ส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำถึงปานกลาง⁽¹⁾

ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561 สถิติโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรทั้งหมด 66 ล้านคนอยู่ในสัดส่วนร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 11.6 ล้านคน รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจจัดอยู่ในภาวะเปราะบาง หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมิรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว หรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีประมาณ 4 แสนคน และมีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 670,000 คน ณ กลางปีพ.ศ. 2561⁽²⁾

อาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสามารถพบได้ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากอาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวนผู้ดูแล พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด วิดกกังวล แล้ว อาการที่นับว่าเป็นปัญหาที่ได้รับการถกเถียงกันว่าพบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายและเป็นภาระค่าใช้จ่ายหนักที่สุดคือ พฤติกรรมการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering behavior) ซึ่งคือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเดินเร่ร่อน เดินหลง หรือเดินวน ซ้ำไปซ้ำมา ก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงลบ ได้แก่ การลี้ม การพลัดหลงออกนอกบ้านและสูญหาย การได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กระจกหัก และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

จากสถิติผู้สูญหายจากศูนย์ข้อมูลคนหาย มูลนิธิกระจกเงา พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 จากจำนวนการรับแจ้งคนหายทั้งหมด 886 คน เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 129 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ซึ่งเมื่อดูข้อมูลย้อนหลังในปีที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนการรับแจ้งผู้สูญหายในปริมาณสูงอย่างต่อเนื่องและสัดส่วนของประเภทการหายที่เกิดจากโรคสมองเสื่อมก็สูงเช่นเดียวกัน⁽³⁾

ตารางที่ 1. สถิติผู้สูญหาย แยกตามประเภทการหาย

ปี	จำนวนผู้สูญหายทั้งหมด (คน)	จำนวนประเภทการหาย: โรคสมองเสื่อม	คิดเป็นร้อยละ
2556	153	19	12.4
2557	259	33	12.7
2558	883	140	15.9
2559	830	119	14.3
2560	929	165	17.8
2561	886	129	14.6

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering behavior) จำนวนมากในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องดังกล่าวโดยเฉพาะ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยสำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย รวมถึงญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นเท่าไร
2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 99 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2562

คำสำคัญ (Keywords)

- Dementia (ภาวะสมองเสื่อม)
- Wandering behavior (พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย)
- Prevalence (ความชุก)

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

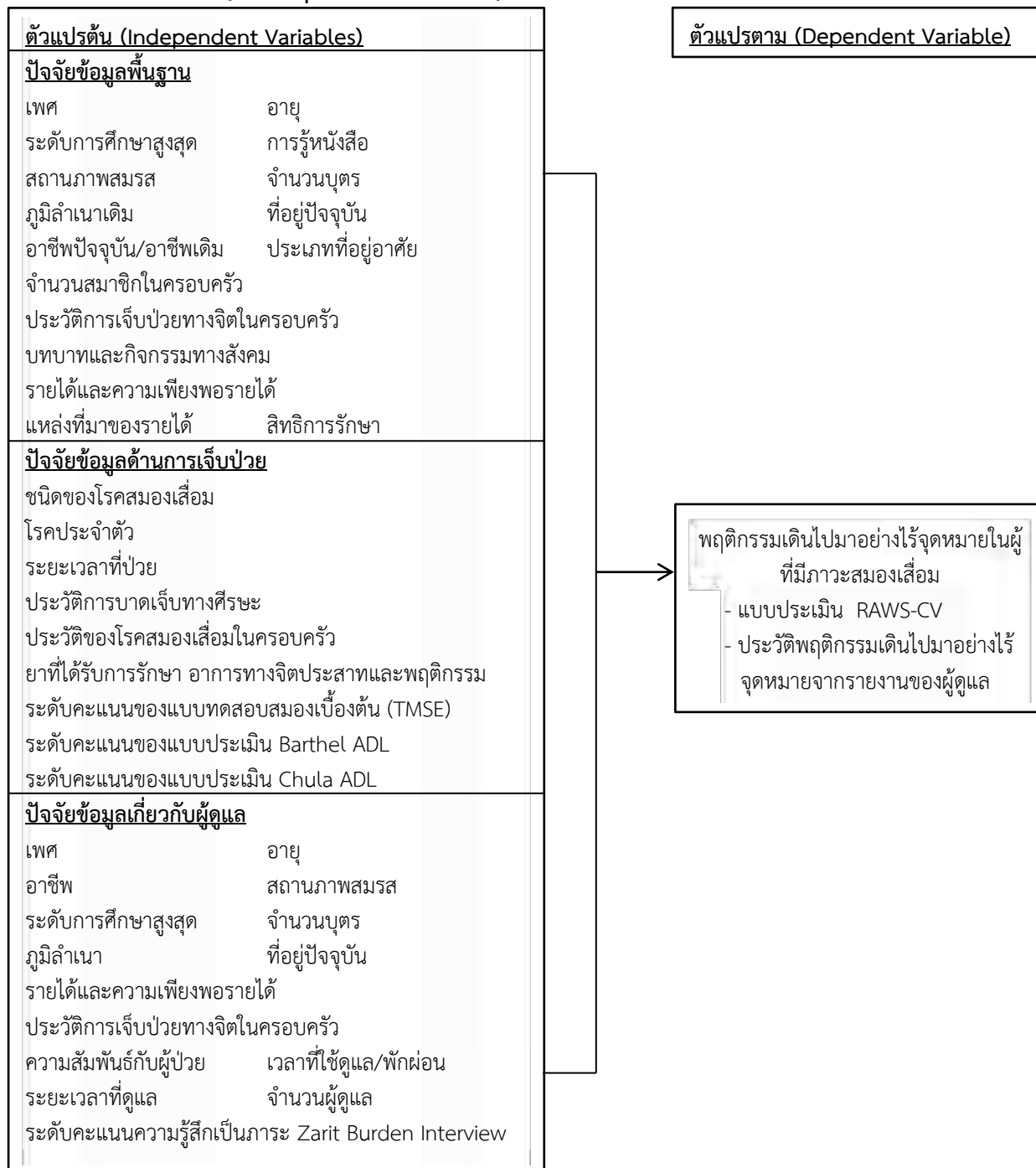
ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของสมอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด และบุคลิกภาพ เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำงานและการประกอบกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลในครอบครัวโดยส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ทางจิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ ในการวิจัยนี้จะถือเอาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมชนิดใดชนิดหนึ่งในทางคลินิก ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering Behavior) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเดินเร่ร่อนอย่างไร้จุดหมายหรือเดินออกไปจากบริเวณโดยมีจุดมุ่งหมายที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมแก่เวลา รวมถึงการพยายามหนีออกจากบ้าน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากภาวะสับสนหรือความกระวนกระวายใจ ทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือหลงทางได้ ในการวิจัยนี้ทำการจำแนกประเภทของผู้ที่มีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยใช้แบบประเมิน Revised Algate Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV)⁽⁴⁾ เป็นหลัก และเพิ่มข้อคำถามในแบบประเมินเพื่อตรวจสอบประวัติจากผู้ดูแลว่าผู้ป่วยเคยเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้านหรือไม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเพิ่มแนวทางในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อการตระหนักรู้และดูแลป้องกัน ก่อนที่จะเกิดเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองรวมถึงคนในครอบครัวและสังคม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในอนาคต สำหรับการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literature)

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1. ความหมาย
 - 1.2. การแบ่งประเภท
 - 1.3. ความชุก
 - 1.4. ปัญหาพฤติกรรม BPSD
2. พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย
 - 2.1. ความหมาย
 - 2.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะสมองเสื่อม

1.1 ความหมาย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติที่เกิดจากกระบวนการทำงานของสมองที่เสื่อมลงซึ่งส่งผลกระทบต่อความจำ ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ พบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นจึงพบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เช่นเดิม และทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น พร้อมทั้งไม่สามารถที่จะวางแผน ตัดสินใจ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ และทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม DSM-5 กำหนดโดย American Psychiatric Association⁽⁵⁾ มีดังนี้ (1) มีหลักฐานที่บ่งบอกว่ามีการทำงานของสมองบกพร่องลงจากเดิมในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป (ได้แก่ complex attention, executive function, learning and memory, language, perceptual motor, social cognition) และมีการลดลงของ Neurocognitive performance อย่างน้อย 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำกว่า 3th percentile) (2) ระดับพุทธิปัญญาบกพร่องมากจนมีผลกระทบต่อความสามารถดูแลตนเอง เช่น ต้องมีอุปกรณ์หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (3) ความบกพร่องนั้นไม่ได้เกิดจากภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลัน (delirium) และ (4) ความบกพร่องนั้นไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวช

1.2 การแบ่งประเภท

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากตัวโรคที่เข้าไปทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่ในสมองและทำให้เกิดความเสียหายในส่วนของการทำงานของสมอง สมองเสื่อมสามารถแบ่งย่อยได้มากกว่า 200 ชนิด⁽⁶⁾ ชนิดของโรคสมองเสื่อม ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) Vascular dementia ผู้ป่วยบางคนมีอาการสองอาการควบคู่กันเรียกว่า Mixed dementia นอกจากนี้ยังมี Dementia with lewy's bodies และ Frontotemporal dementia และ Subcortical dementia จากโรคพาร์กินสัน เป็นต้น

Alzheimer's disease (AD) โรคอัลไซเมอร์เป็นหนึ่งในประเภทของสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 60 - 70⁽¹⁾ โรคนี้ถูกบรรยายไว้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวเยอรมันชื่อ Alois Alzheimer ในปี พ.ศ. 2449 ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการสำคัญ คือ ความจำเสื่อม หลงลืม มีพฤติกรรมและนิสัยเปลี่ยนไป อาการจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ แต่ค่อย ๆ รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเสียชีวิตในที่สุด ไม่มีวิธีป้องกันหรือวิธีสำหรับรักษาให้หายได้

Vascular dementia (VaD) เป็นประเภทของสมองเสื่อมจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดสมอง โดยภาวะหลอดเลือดในสมองที่เกิดการเสียหายหรือตีตันจนทำให้ออกซิเจนไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงและทำให้สมองส่วนนั้น โดนทำลายหรือตายในที่สุด สาเหตุนี้ทำให้ผู้ที่มีอาการดังกล่าวสูญเสียการทำงานในส่วนของสมองที่ตายซึ่งจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีอาการของเส้นเลือดในสมองตีบหรือ Stroke นั้นเอง การเกิด Stroke หลาย ๆ ครั้ง (infarcts) นอกจากจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแล้วยังสามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การควบคุมกล้ามเนื้อ และการสัมผัสต่าง ๆ หรืออาการดังกล่าวข้างต้นผสมกัน ขึ้นอยู่กับว่าส่วนไหนของสมองที่ได้รับการเสียหาย Vascular dementia พบประมาณร้อยละ 20 - 30 ของผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด⁽⁶⁾

Frontotemporal dementia (FTD) เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบไม่มากและมักจะพบในคนอายุน้อยกว่าโรคอัลไซเมอร์ คือ อายุประมาณ 40 - 50 ปี โดยกลีบสมองส่วนหน้าจะได้รับผลกระทบโดยเฉพาะในระยะแรกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพ⁽¹⁾

Lewy-body dementia (DLB) เหมือนโรคอัลไซเมอร์เพราะเซลล์ประสาทในสมองถูกทำลายและตายลง โดยมีการสะสมโปรตีนที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่า Lewy bodies เกินครึ่งของผู้ป่วย DLB มักมีอาการของโรคพาร์กินสันร่วมด้วย⁽⁶⁾

Mixed dementia เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากมากกว่าหนึ่งสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมในเวลาเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสามารถเป็นโรคอัลไซเมอร์พร้อมกับสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง VaD ด้วย

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม สามารถจำแนกความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ⁽⁷⁾ ดังนี้

1. ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ (Mild dementia) จะพบว่า ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลสุขอนามัยของตนเองและยังสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตัวเอง แต่จะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มาก อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำในระยะสั้น ความจำใหม่ หรือความจำที่เพิ่งเรียนรู้มา เช่น ลืมว่าเก็บกุญแจไว้ที่ไหน ลืมนัด กินยารักษาโรคประจำตัวซ้ำ ถامซ้ำ พุดซ้ำ การตัดสินใจจะช้าลง คิดนานขึ้น ไม่มีสมาธิในการทำงาน ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ พุดหรือเขียนหนังสือและใช้ภาษาได้น้อยลง ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม นอกจากนี้อารมณ์จะเริ่มเปลี่ยนไป มีความวิตกกังวลมากขึ้น

2. ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค (Moderate dementia) จะพบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ต้องให้ผู้อื่นช่วย มีความสับสนด้านวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ และอาจเกิดอันตรายถ้าไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด นอกจากสูญเสียความทรงจำในระยะสั้นแล้ว ความจำในระยะยาว และความรู้ทั่วไปก็จะค่อย ๆ บกพร่องไป ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนอยู่กับคนแปลกหน้า ไม่คุ้นเคยตลอดเวลา เพราะจำหน้าของคนในครอบครัวและจำบ้านของตัวเองไม่ได้ การพูดและการใช้ภาษาจะบกพร่องชัดเจน มีปัญหาในการสื่อสารบอกความคิดของตนเอง ทักษะการอ่านและการเขียนค่อย ๆ เสียไปเรื่อย ๆ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ก็ จะเริ่มมีปัญหา เช่น การแต่งตัว ไม่รู้ว่าชุดไหนควรเอาไว้ใส่เวลาใด หรือแม้กระทั่งจะใส่เสื้อตัวนี้ต้องทำอะไร เป็นต้น

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์สับสน วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน เช่น ร้องไห้หรือก้าวร้าวอย่างไม่มีเหตุผล มีอาการหลงผิด เห็นภาพหลอนโดยเฉพาะในเวลาโพล้เพล้ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

เช่น เดินหนีออกจากบ้านโดยเฉพาะในช่วงเวลาเย็นหรือตอนกลางคืน ผู้ป่วยจะเดินไปอย่างไร้จุดหมาย และก็จะกลับบ้านไม่ถูก การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็เสียไป

3. ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค (Severe dementia) ความทรงจำในระยะสั้น ความทรงจำในระยะยาว ความรู้ทั่วไป และกระทั่งความจำที่เป็นความจำโดยปริยายก็จะสูญเสียไป การใช้ภาษาของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมาก อาจพูดเพียงแค่ว่าสิ่งง่าย ๆ หรือคำเดียว ๆ จนกระทั่งไม่สามารถพูดได้เลย ในระยะนี้ ผู้ป่วยต้องอาศัยพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จะค่อย ๆ ลดลง จนในที่สุดผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้เลย ทั้งการอาบน้ำ กินข้าว แต่งตัว แม้กระทั่งการเดิน หรือการนั่ง ถ้าไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยจะนอนนิ่งๆ อยู่บนเตียงตลอดเวลาและไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ บางคนอาจมีอาการชัก กลืนลำบาก สุดท้ายผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เกิดแผลกดทับและติดเชื้อตามมา เกิดปอดบวมติดเชื้อ ร่างกายขาดน้ำ ระบบเกลือแร่ขาดสมดุล เป็นต้น โดยไม่ได้เสียชีวิตจากตัวโรคโดยตรง

1.3 ความชุก

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะมีจำนวนสูงขึ้นอย่างชัดเจนมากเมื่อมีอายุมากขึ้น (มากกว่า 65 ปี) และจำนวนความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ในทุก ๆ ช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น และพบได้น้อยในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี

จากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง Jitapunkul (2001) พบว่ามีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยในระดับประเทศ (n = 4,048) ร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม⁽⁸⁾ เกณฑ์คือใช้คะแนนจากแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) ถ้าได้ต่ำกว่า 15 คือมีภาวะการรู้คิดบกพร่องและมีความสามารถในการดูแลตัวเองต่ำ พบว่าเมื่อแบ่งตามอายุ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเท่ากับร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 64 ปี และเพิ่มขึ้นอย่างมากเป็นร้อยละ 31.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้แก่ อายุที่มากขึ้น การอ่านออกเขียนได้ และถิ่นที่อยู่ (geographic area)

1.4 ปัญหาพฤติกรรม BPSD

International Psychogeriatric Association⁽⁹⁾ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) หมายถึง อาการความคิดผิดปกติในด้านการรับรู้ การคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม การกินผิดปกติ หรือส่งเสียงกรีดร้อง อาการผิดปกติทางจิต เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ซึมเศร้า เห็นภาพหลอน หูแว่ว และหวาดระแวง เป็นต้น

ภาวะสมองเสื่อมนี้อาจนำมาซึ่งปัญหาทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมและจิตใจ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงพบได้บ่อยที่สุดคือ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ภาวะหลงผิดพบได้ร้อยละ 30 - 50 ภาวะประสาทหลอนพบได้ร้อยละ 10 - 30 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปพบได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมหายออกจากบ้านไป หรือมีพฤติกรรมเดินไปมาแบบไร้จุดหมาย⁽¹⁰⁾

Charernboon & Phanasathit (2014)⁽¹¹⁾ ศึกษาความชุกอาการประสาทจิตเวช (Neuropsychiatric symptoms) ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ไทย โดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 62 ราย พบความชุกของอาการอย่างน้อย 1 อาการ เท่ากับร้อยละ 100 โดยอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ (ร้อยละ 71) ตามด้วยพฤติกรรมแปลก (Aberant motor behavior) (ร้อยละ 61.3) ปัญหาการนอน (ร้อยละ 56.5) ปัญหาการกินผิดปกติ (ร้อยละ 51.6) และ อาการกระสับกระส่ายก้าวร้าว (ร้อยละ 45.2) ส่วนอาการที่พบน้อย ที่สุดได้แก่ อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ (Euphoria) พบร้อยละ 6.5 โดยพบวาจนวนของอาการที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของ โรค นอกจากนี้ยังพบว่าอาการหลักที่ทำให้ญาติพากลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์เป็นอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ร้อยละ 61.3 ในขณะที่อาการหลงลืมพบเพียง ร้อยละ 38.7

การศึกษาในสวีเดนโดย Lovheim et al (2008)⁽¹²⁾ ใช้เครื่องมือคือ Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS) เก็บข้อมูลพฤติกรรมของผู้สูงอายุในสถานดูแล (n = 3,404) ในปี 1982 และ 2000 เปรียบเทียบกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในระยะต่าง ๆ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นโค้งของการเกิดปัญหา BPSD ในหลายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง เรียกร้องความสนใจ เห็นภาพหลอน ซึมเศร้า รวมถึงพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ซึ่งเกิดมากที่สุดในระยะกลาง และลดต่ำลงเมื่อระดับพุทธิปัญญาบกพร่องมากขึ้นหรือสมองเสื่อมในระดับรุนแรงขึ้น มีเพียงการเมินเฉย (Passiveness) เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง

2. พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering behavior)

2.1 ความหมาย

คำจำกัดความทางคลินิกโดย The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽¹³⁾ ระบุว่า Wandering คือ การเดินหรือการเคลื่อนที่แบบวกวน ไม่มีจุดหมาย หรือเคลื่อนที่เข้าไปเข้ามา โดยทำให้บุคคลนั้นเกิดความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย ทั้งนี้การเดินหรือการเคลื่อนที่นั้นอาจเกิดขึ้นในบริเวณที่ไม่เหมาะสม ในพื้นที่ที่ถูกจำกัดหรือมีสิ่งกีดขวาง

พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็นการเดินทางในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยมาก่อน เป็นการเดินเรื่อยเปื่อย เป็นพฤติกรรมที่พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมไปถึงการเสื่อมของการรับรู้ ความคิด ภาษา การตัดสินใจ ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ และไม่สัมพันธ์กับสิ่งแวดลอม⁽¹⁴⁾

อ้างอิงจากงานวิจัยของ Thomas, D.W. (1995) ได้ให้หลักเกณฑ์แยกประเภทพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย⁽¹⁵⁾ โดยแยกเป็นผู้มีพฤติกรรม Wanderers กับ Non-wanderers ดังนี้

ตารางที่ 2. หลักเกณฑ์แยกประเภทพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

Wanderers	Non-wanderers
<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมประเภทใดประเภทหนึ่งแบบเรื้อรัง - มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระยะกลางหรือระยะสุดท้าย - ยังสามารถที่จะเดินหรือเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง - ลูกเดินไปมาบ่อย ๆ อย่างน้อยร้อยละ 30 ระหว่างวัน (ขณะตื่น) - ไม่มีการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมประเภทใดประเภทหนึ่งแบบเรื้อรัง - มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระยะกลางหรือระยะสุดท้าย - ไม่เคยถูกระบุว่าเป็น Wanderer มาก่อน - ยังสามารถที่จะเดินหรือเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง - ลูกเดินไปมาไม่เกินร้อยละ 12 ระหว่างวัน (ขณะตื่น) - ไม่มีการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

การให้คำนิยามพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายสามารถอธิบายโดยลักษณะตามธรรมชาติของพฤติกรรมได้ 4 โดเมน ได้แก่ ด้านพื้นที่ (space) เวลา (time) การเคลื่อนที่ (locomotion) และแรงขับให้เดิน (drive) โดย Algate, Moore, VandeWeerd, Gavin-Dreschnack (2007)⁽¹⁶⁾ ให้หลักการประเมินพฤติกรรมของผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยนับเป็นปริมาณ คือ ความถี่ อัตราเร่ง จากรูปแบบการเดินไปยังที่ต่าง ๆ ซ้ำ ๆ หรือแบบสุ่มจากการหย่อนความสามารถในการบอกทิศทาง การออกจากหรือพยายามออกจากบริเวณหรือพลัดหลง และการควบคุมอารมณ์ เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

มีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Hope, Tilling & Fairburn (1994) รายงานว่าในกลุ่มตัวอย่างของผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีความชุกของปัญหาประมาณร้อยละ 63⁽¹⁷⁾ โดยระบุถึงชนิดของพฤติกรรมว่าประกอบด้วย 11 ชนิดได้แก่ การเดินเพิ่มขึ้น, การเดินลดลง, การออกไปจากบ้าน, การถูกนำส่งตัวกลับบ้าน, การเดินตรวจตรา, การเดินลัดเลาะ, การเดินแบบไม่มีจุดหมาย, การเดินเรื่อยเปื่อย, การเดินแบบไม่เหมาะสม, การเดินในเวลากลางคืน

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย มีการศึกษาโดย Hope et al (2001) ซึ่งใช้ระยะเวลา 10 ปีในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ที่บ้านกับผู้ดูแลในเมือง Oxfordshire ประเทศอังกฤษ จำนวน 86 ราย โดยเก็บข้อมูลด้วยการประเมินพฤติกรรมทุก ๆ 4 เดือน พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับการรู้คิดกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย และพบว่า การเดินไปมาเกิดขึ้นมากที่สุด ในภาวะสมองเสื่อมแบบ moderate dementia⁽¹⁸⁾

Barrett et al (2017) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างทหารผ่านศึกที่มีภาวะสมองเสื่อม 143 รายในช่วงระยะเวลา 2 ปีพบว่า 1 ใน 4 มีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในช่วงเวลาดังกล่าวอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยการเกิดปัญหาพฤติกรรมฯ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยคือความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การตอบสนองต่อความเครียด และบุคลิกดั้งเดิมของบุคคลนั้น⁽¹⁹⁾

Algase (2001) ได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Algase Wandering Scale) ขึ้นเมื่อปี 2001 ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ จาก 5 มิติของพฤติกรรมฯ⁽²⁰⁾ ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 151 ราย จากผู้ป่วยที่พักอยู่ในสถานพยาบาลระยะยาวพบว่าได้ค่า Reliability alpha เท่ากับ 0.86 โดยมีคะแนนในมาตรวัดย่อยสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมฯ ที่เป็นปัญหา และสัมพันธ์กับระดับความรู้คิดของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์ในเชิงบวก (Positive Correlation) กับการจำแนกว่าเป็น wanderers หรือ non-wanderers

Revised Algase Wandering Scale ถูกปรับปรุงขึ้นในปี 2004⁽²¹⁾ โดยเพิ่มมาตรวัดย่อยด้านมิติของสถานที่และความสามารถในการรับรู้ทิศทาง และได้ปรับเพื่อให้ใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน (Community Version) มีการหา Validity โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 266 ราย

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบประเมินของ Algase มาแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น Elodie (2015) แปล Revised Algase Wandering Scale – Long Term Care (RAWS-LTC) เป็นภาษาฝรั่งเศสและนำมาทดสอบ Validity กับกลุ่มตัวอย่าง 100 รายจากผู้ป่วยที่พักรักษาในสถานพยาบาล 12 แห่ง พบว่าเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ได้กับผลประเมินสถานะทางจิต (Mini Mental State Examination) กับ Neuropsychiatric Inventory มีความสัมพันธ์เชิงบวก 0.5 และ 0.42 ตามลำดับ⁽²²⁾ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญระหว่างกลุ่ม wanderers และ non-wanderers จากทั้งคะแนนรวมที่ได้และคะแนนในแต่ละมาตรวัดย่อย อีกการศึกษาหนึ่งมีการแปลแบบประเมินเป็นภาษาเกาหลีโดย Son, Song & Lim (2007) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะสมองเสื่อม 69 รายในชุมชน พบว่า แบบประเมินและมาตรวัดย่อยทั้งหมดมี Validity และ Reliability อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾



ตารางที่ 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	n	รูปแบบการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความชุกที่พบ
Hope, Tilling & Fairburn (1994) ⁽¹⁷⁾	ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	83	แบบตัดขวาง	MMSE Present Behavioural Examination (PBE)	พฤติกรรมเดินแบบต่าง ๆ เช่น การเดินเพิ่มขึ้น ถดถอย การพยายาหนีออกจากบ้าน ฯลฯ	ร้อยละ 63
Devanand et al (1997) ⁽²⁴⁾	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ระยะเริ่มต้น	235	แบบระยะยาว วิจัย 5 ปี โดย สังเกตทุก 6 เดือน	The Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease Markov analyses	ตรวจพบสมองเสื่อมเข้าปีที่ 4 Misidentification, อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว อาการทางพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมากกว่า อาการทางจิต	ร้อยละ 38.7 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 56.9 เมื่อเข้าปีที่ 3
Thomas (1997) ⁽²⁵⁾	Wanderers 20 คน, non-wanderers 20 คน	40	แบบตัดขวาง	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ บุคลิกภาพ	มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับextroversion และ agreeableness	ไม่ระบุ
Klein et al (1999) ⁽²⁶⁾	ผู้ป่วยนอกที่มารับการ ประเมินสมองที่ศูนย์ประเมิน จิตประสาทของมหาวิทยาลัย The Johns Hopkins Neuropsychiatry and Memory Group (NMG)	638	แบบตัดขวาง	การประเมินทางจิตประสาท Mini-Mental State Examination (MMSE) General Medical Health Rating Comell Scale of Depression in Dementia สัมภาษณ์ผู้ดูแล	ชนิดของสมองเสื่อม Alzheimer Dementia (AD) ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม Moderate – Severe ปัญหาพฤติกรรม BPSD ได้แก่ ซึมเศร้า, ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน และความ ผิดปกติในการนอน, การใช้ยารักษา, เพศชาย	ร้อยละ 17.4
Schreiner, Yamamoto & Shiotani (2000) ⁽²⁷⁾	ผู้ป่วยในบ้านพักคนชรา 6 แห่งในประเทศญี่ปุ่น	392	แบบตัดขวาง	Cohen-Mansfield Agitation Inventory	อายุ (สัมพันธ์เชิงลบ) (สูงที่สุดที่อายุ 74 ปีแล้ว ลดลง) พฤติกรรม disturbing	ไม่ระบุ
Hope et al (2001) ⁽¹³⁾	กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ที่บ้าน กับผู้ดูแล ประเทศอังกฤษ	86	แบบระยะยาว เวลา 10 ปี	การประเมินพฤติกรรมทุก ๆ 4 เดือน	ระดับพฤติกรรมปัญญา ภาวะสมองเสื่อม Moderate dementia	ไม่ระบุ



ตารางที่ 3. (ต่อ) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	น	รูปแบบการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความชุกที่พบ
Algase et al (2004) ⁽²¹⁾	ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	266	แบบตัดขวาง	RAWS-CV Wayfinding Effectiveness Scale (WES)	Wayfinding	ร้อยละ 55
Son et al (2006) ⁽²⁸⁾	ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	69	แบบตัดขวาง	K-RAWS-CV	ระดับความบกพร่องทางพุทธิปัญญา	ร้อยละ 52.1
Song, Lim, Hong (2008) ⁽²⁹⁾	ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในบ้านพักคนชรา 14 แห่งในประเทศเกาหลีใต้	160	แบบตัดขวาง	MMSE ระดับความสามารถทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Physical Activities of Daily Living (PADL) KRAWS-NH	ระดับการรู้คิดต่ำ อายุมาก PADL มาก มีประวัติการล้ม จำนวนคนในแต่ละห้อง-มาก	ร้อยละ 67.5
Song and Algase (2008) ⁽³⁰⁾	ผู้มีภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแล 21 แห่ง	108	แบบตัดขวาง	RAWS-NH (Nursing Home) MMSE NEO Five-Factor Personality Inventory The Behavioral Responses to Stress Scale	อายุน้อย บุคลิกภาพแบบ Extrovert และการตอบสนอง ความเครียดแบบไม่พุด	ไม่ระบุ
Loveheim et al (2008) ⁽¹²⁾	ผู้มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน	3,404	แบบตัดขวาง 2 ช่วงระยะเวลา ปี 1982 และปี 2000	Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS) Gottfrid's cognitive scale	ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระยะกลาง (ความสัมพันธ์เป็น non-linear)	เก็บของเพื่อกลับบ้าน (ร้อยละ 13.4) ยืนนอกประตูต้องการออกไปข้างนอก (ร้อยละ 14.9) เดินไปมา (ร้อยละ 28.3)



ตารางที่ 3. (ต่อ) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	n	รูปแบบการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความชุกที่พบ
Yang, Hwang, Kwak (2014) ⁽³¹⁾	ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในชุมชนที่ไม่ใช่ยา	342	แบบตัดขวาง	Rey-Osterrieth Complex Figure copy Fist-edge-palm, Alternating hand movement tests CGA-NPI	ความผิดปกติของสมองส่วน Frontal and right parietal มีอาการก้าวร้าว มีความไม่ยับยั้งชั่งใจ มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดหลงผิด	ร้อยละ 18.7
Martin et al (2015) ⁽³²⁾	ผู้ป่วยสมองเสื่อมในสถานดูแล 12 แห่งในประเทศฝรั่งเศส	100	แบบตัดขวาง	F-RAWS-LTC MMSE NPI-ES	อายุน้อย มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาและปัญหาพฤติกรรม	ร้อยละ 50
Jeong, Song, Park (2016) ⁽³³⁾	ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะสมองเสื่อม ณ กรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้	50	แบบตัดขวาง	K-RAWS-CV GDS-K K-MMSE	การมีภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนน K-MMSE	ร้อยละ 30
Ali et al (2016) ⁽³⁴⁾	กลุ่มตัวอย่างสมองเสื่อม Mild dementia จากโรงพยาบาลทหารผ่านศึกมลรัฐฟลอริดา สหรัฐอเมริกา	143	แบบระยะยาว	RAWS-CV Personality (Big Five Inventory) Tinetti Gait and Balance) Wayfinding Effectiveness Scale neurocognitive abilities health status (Charlson comorbidity index)	PW, Poor gait เกี่ยวข้องกับ NO Negative Outcome ทกล้ม กระตุกหัก อุบัติเหตุ PW, Passivity เกี่ยวข้องกับ EP Eloping Behavior การหนีออกนอกบริเวณ	ความชุกของ NO ร้อยละ 49, EP ร้อยละ 43.7
Barrett et al (2017) ⁽¹⁹⁾	กลุ่มตัวอย่างทหารผ่านศึกที่มีภาวะสมองเสื่อม	143	แบบระยะยาว ในช่วงเวลา 2 ปี	RAWS-CV BRSS, CC-MI Tinetti Gait and Balance Scale Modified scale for IADLs MMSE	ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การตอบสนองต่อความเครียด และบุคลิกดั้งเดิมของบุคคลนั้น	ร้อยละ 26.1

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย (Research Design)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้า และไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดออก

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรศึกษา (Selection Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. อายุ 50 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมชนิดใดชนิดหนึ่งโดยแพทย์
3. ต้องมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันและดูแลมานานมากกว่า 3 เดือน และอยู่กับผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา
4. ผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีการฟัง พูด ตามปกติได้
2. ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวได้

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique)

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษาโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดของตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณโดยใช้สูตรต่อไปนี้

$$\text{สูตรคำนวณ} \quad \frac{p(1-p)}{}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง Z เมื่อ $\alpha = 0.05$ มีค่า = 1.96

p = สัดส่วนความชุกของพฤติกรรมการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เท่ากับร้อยละ 63 = 0.63 จากการศึกษาของ Hope, Tilling & Fairburn (1994)⁽¹⁷⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้มีภาวะสมองเสื่อม = 0.1 (Maximum permissible error = $1 - p$) = 0.37

$$\text{แทนค่า} \quad \frac{(1.96)^2(0.63)(0.37)}{(0.1)^2}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 89.5 คน

เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 99 คน

การสังเกตและมาตรวัด (Observational measurement)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (Patient)

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การรู้หนังสือ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ภูมิลำเนาเดิม ที่อยู่ ปัจจุบัน อาชีพปัจจุบัน/อาชีพเดิม ประเภทที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ดูแล ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว บทบาทและกิจกรรมทางสังคม รายได้และความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิการรักษา

ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

ได้แก่ ชนิดของโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ยาที่ได้รับการรักษา ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมองเบื้องต้น (TMSE) ระดับคะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL ระดับคะแนนของแบบประเมิน Chula ADL ปัญหา BPSD อื่นๆ

ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregivers)

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพ รายได้ และความเพียงพอรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแล/พักผ่อน ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนผู้ดูแล ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering Behavior)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement Instruments)

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามโดยให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ข้อคำถามเป็นข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การรู้หนังสือ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ภูมิลำเนาเดิม ที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพปัจจุบัน อาชีพเดิม ประเภทของที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ดูแล ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว บทบาทและกิจกรรมทางสังคม รายได้และความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิการรักษา จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ยาที่ได้รับการรักษา มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพ รายได้และความเพียงพอรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแล/พักผ่อน ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนผู้ดูแล จำนวน 17 ข้อ โดยให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบข้อมูลเอง

2. แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

2.1 Revised Algae Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV)

โดยงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Revised Algae Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV)⁽³⁵⁾ เป็นเครื่องมือในการประเมินการเกิดปัญหาพฤติกรรมนี้ แบบประเมินประกอบด้วย 39 ข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย เกณฑ์การให้คะแนนจาก 1-5 โดย 1 = ไม่เคยเกิดขึ้นหรือไม่สามารถ 2 = นาน ๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้งเป็นปกติ 5 = เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

แบบประเมินแบ่งออกเป็นมาตรวัดย่อย 6 กลุ่ม ได้แก่

1. การเดินไม่หยุด (Persistent Walking) 14 ข้อคำถาม
2. การเดินซ้ำไปซ้ำมา (Repetitive Walking) 7 ข้อคำถาม
3. การหนีออกนอกบริเวณ (Eloping Behavior) 8 ข้อคำถาม
4. การหลงสถานที่ (Spatial Disorientation) 4 ข้อคำถาม
5. ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย (Negative Outcomes) 4 ข้อคำถาม
6. การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร (Mealtime Impulsivity) 2 ข้อคำถาม

รวมทั้งหมด 39 ข้อคำถาม เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดคะแนนสูงสุดที่ได้จะเท่ากับ 195 (= 39 x 5) และคะแนนต่ำสุดคือ 39 (= 39 x 1) นำคะแนนที่ได้มาหาร 195 จะได้ Total RAWS-CV และนำคะแนนรวมจากแต่ละมาตรวัดย่อยมาหาค่าเฉลี่ยอีกครั้งเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อวางแผนสำหรับผู้ดูแลต่อไป โดยเรียงลำดับความสำคัญจากมากที่สุด 1 ไปหาน้อยที่สุด 6 แบบประเมิน RAWS-CV ได้ผ่านการตรวจสอบ Validity สำหรับค่าเฉลี่ย Cronbach's Alpha ของแต่ละมาตรวัดย่อยได้เท่ากับ 0.84 และในค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0.95⁽²¹⁾

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการใช้แบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษจากเจ้าของแบบประเมินแล้ว ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการในการแปลเป็นภาษาไทย ดังนี้

1) เสนอแบบประเมินที่ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบข้อคำถามให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2) นำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

3) แปลย้อนกลับ (Backward translation) จากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลย้อนกลับไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรกและไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน โดยใช้ผู้แปลที่มีความเชี่ยวชาญสามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (bilingual person) จำนวน 2 คน

4) นำแบบประเมินไปทดลองเก็บข้อมูล กับประชากรที่เป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกโรคสมองเสื่อม จำนวน 15 คน เพื่อช่วยให้ประเมินได้ว่าข้อคำถามที่แปลนั้นมีความเหมาะสมและผู้ตอบมีความเข้าใจอย่างถูกต้องหรือไม่

5) การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ หลังจากผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองเก็บข้อมูลแล้ว ได้นำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.93

2.2 ประวัติการประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้าน

คำถามเพื่อประเมินจากผู้ดูแลว่าที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยมีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้านหรือไม่ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวนหนึ่งคำถาม โดยมีคำตอบว่า เคยหรือไม่เคย

3. แบบสอบถามอาการทางประสาทจิตเวชศาสตร์ NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire)

แบบสอบถาม Neuropsychiatric Inventory Questionnaire เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบสอบถาม Neuropsychiatric inventory เพื่อต้องการให้มีความกระชับและสะดวกที่จะนำไปใช้ในทางคลินิก แพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์⁽³⁶⁾ และคณะได้พัฒนาแบบสอบถาม NPI-Q เป็นแบบสอบถามที่ทำได้ง่ายและรวดเร็วเพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยทั้งอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมเพื่อบอกระดับความรุนแรงและผลกระทบต่อผู้ดูแล ในฉบับภาษาอังกฤษมีการตรวจสอบ Validity โดยการทำการ test-retest เทียบกับคะแนนรวมของกลุ่มอาการและความทุกข์ ได้ค่า correlation เท่ากับ 0.8 และ 0.94 ตามลำดับ⁽³⁷⁾ โดยแบบสอบถามมี 12 ข้อ แต่ละข้อถามถึงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล เป็นต้น โดยถามความบ่อย ความรุนแรง และความทุกข์ร้อนที่ผู้ดูแลได้รับ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถาม

การแปลผล แบบสอบถามนี้มีคะแนนรวม 36 คะแนน โดยยังมีค่าคะแนนรวมสูง ยิ่งแสดงให้เห็นอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมที่สูงขึ้นด้วย การศึกษานี้แบ่งคะแนนความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับคือ น้อย ปานกลาง มาก โดยใช้วิธี (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด)/อันตรภาคชั้น โดยในที่นี้กำหนดไว้คือ 3 อันตรภาคชั้น ดังนั้นจะได้การแปลผลออกมาใน 3 รูปแบบดังนี้

- 0 - 9 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการในระดับน้อย
- 10 - 18 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลาง
- 19 - 28 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการในระดับสูง

ส่วนของระดับความทุกข์ของผู้ดูแลแบ่งเป็น 3 ระดับเช่นเดียวกัน คือ น้อย ปานกลาง สูง โดยใช้วิธี (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด)/อันตรภาคชั้น โดยในที่นี้กำหนดไว้คือ 3 อันตรภาคชั้น ดังนั้นจะได้การแปลผลออกมาใน 3 รูปแบบดังนี้

- 0 - 13 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ของผู้ดูแลในระดับน้อย
- 14 - 27 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ของผู้ดูแลในระดับปานกลาง
- 28 - 40 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ของผู้ดูแลในระดับสูง

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index)

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความสามารถในการทำงานและการช่วยเหลือตนเองลดลงจากระดับเดิมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ⁽³⁸⁾ จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barthel⁽³⁹⁾ ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่งจากเตียงหรือที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถาม โดยคะแนนในแต่ละด้านแบ่งเป็น 2-4 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก (5-8 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย (12-20 คะแนน)



2130771235

5. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีสุขภาพเอดีแอล (Chula Activities of Daily Living Index)

แบบประเมิน Chula ADL Index พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽³⁸⁾ มีการให้คะแนนตามกิจกรรมและมีการให้น้ำหนักที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรม ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อได้แก่

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. เดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน | มีค่าคะแนนเต็ม 3 คะแนน |
| 2. ทำหรือเตรียมอาหาร หรือหุงข้าว | มีค่าคะแนนเต็ม 2 คะแนน |
| 3. ทำความสะอาดบ้าน ถูบ้านหรือซักผ้า | มีค่าคะแนนเต็ม 1 คะแนน |
| 4. การทอนเงิน/แลกเงิน | มีค่าคะแนนเต็ม 1 คะแนน |
| 5. ใช้บริการรถเมล์ หรือรถสองแถว | มีค่าคะแนนเต็ม 2 คะแนน |

ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถาม โดยจะให้คะแนนตามความสามารถที่ปฏิบัติได้จริง มีคะแนนรวม 9 คะแนน การแปลผลแบ่งค่าระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็น 3 ระดับดังนี้ ระหว่าง 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง ระหว่าง 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับกลาง เท่ากับ 9 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาวะพึ่งพา เครื่องมือนี้ได้ผ่านทดสอบค่าความเที่ยง Construct Validity และ Criterion-related Validity ได้ 0.79⁽⁴⁰⁾

6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)

เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการใช้ TMSE แล้ว และทำการประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง แบบประเมินพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง⁽⁴¹⁾ มีคะแนนรวม 30 คะแนน แบ่งย่อยเป็น 6 รายการ คือ การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน การจดจำ (Registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ (Attention) 5 คะแนน การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน และการระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน จะมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน และได้แบ่งความรุนแรงตามคะแนนของ TMSE ดังนี้

น้อยกว่า 10	คะแนน	หมายถึง	Severe dementia
10 – 18	คะแนน	หมายถึง	Moderate dementia
19 – 23	คะแนน	หมายถึง	Mild dementia

7. แบบประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI)

เป็นแบบประเมินที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของ Zarit (Zarit Burden Interview : ZBI) ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แผนคง⁽⁴²⁾ มีความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถาม การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย = 0 คะแนน, นาน ๆ ครั้ง = 1 คะแนน, เป็นครั้งคราว = 2 คะแนน, บ่อย ๆ = 3 คะแนน เป็นประจำ = 4 คะแนน

การแปลผลจะแบ่งเป็นไม่มีภาระการดูแลกับมีภาระการดูแล โดยระดับคะแนนที่ไม่มีภาระการดูแลคือ 0-20 คะแนน ส่วนระดับคะแนนที่มีภาระการดูแล คือมีค่าคะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน ในด้านภาระการดูแลได้แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ

0 – 20	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาระการดูแล
21 - 40	คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลระดับต่ำ
41 - 60	คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลระดับปานกลาง
61 - 88	คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้สถานที่ และการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนเพื่อข้อมูลของผู้ป่วย เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหรือที่ที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อมูลเบื้องต้น ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการวิจัยนำร่อง

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินซึ่งได้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง และผ่านการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับประชากรที่เป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในคลินิกโรคสมองเสื่อม จำนวน 15 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

- 3.1 ผู้วิจัยให้คำอธิบายกับผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรมและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบตามเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีในการทำวิจัย การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของกลุ่มตัวอย่างและต้องได้รับการยินยอมก่อนเก็บข้อมูลเสมอ
- 3.2 สำหรับการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ช่วงเวลาที่ยังผู้ป่วยรอตรวจ ซึ่งการเก็บข้อมูลจะเก็บผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหาและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์และประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมการณ์การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square test และใช้สถิติ logistic regression และ linear regression analyses เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนาย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$



2130771235

CD :Thesis 6074264230 thesis / rev: 22072562 09:30:34 / seq: 13

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 99 คน

หลังจากทำการเก็บข้อมูลเสร็จและนำข้อมูลมาตรวจสอบเบื้องต้นพบว่า คะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (TMSE) มีค่าผิดปกติคือ มีกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเต็ม 30 คะแนน จำนวน 2 คน ถึงแม้ว่าจะผ่านเกณฑ์การคัดเข้าโดยได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมชนิดใดชนิดหนึ่งโดยแพทย์แล้วนั้น อาจด้วยสาเหตุว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาจนภาวะสมองเสื่อมหายเป็นปกติ และมีผู้ได้คะแนน 0 คะแนน จำนวน 2 คนเพราะไม่สามารถสื่อสารโต้ตอบโดยการพูดหรือตอบคำถามได้ ผู้วิจัยจึงทำการตัดตัวอย่าง 4 คนนี้ออก คงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- 1.1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย
- 1.3 ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล
- 1.4 ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV, NPI-Q

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลและข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV และ NPI-Q กับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลและข้อมูลจากแบบประเมิน NPI-Q ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- 5.1 ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายโดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis
- 5.2 ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression



2130771235

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	30.5
หญิง	66	69.5
อายุ (ปี)		
Mean \pm SD = 79.06 \pm 7.98 ปี, Min = 58 ปี, Max = 95 ปี		
50 – 60 ปี	4	4.2
61 – 70 ปี	13	13.7
71 – 80 ปี	32	33.7
81 – 90 ปี	41	43.2
ตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป	5	5.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9	9.5
ประถมศึกษา	33	34.7
มัธยมศึกษา	17	17.9
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	17	17.9
ปริญญาตรี	16	16.8
ปริญญาโท	3	3.2
การรู้หนังสือ		
อ่านและเขียนไม่ได้	7	7.4
อ่านได้แต่เขียนไม่ได้	8	8.4
อ่านและเขียนได้ดี	80	84.2
สถานภาพสมรส		
โสด	13	13.7
คู่	52	54.7
หม้าย	27	28.4
หย่า/แยก	3	3.2
จำนวนบุตร		
Mean \pm SD = 3.09 \pm 2.19 คน, Min = 0 คน, Max = 10 คน		
ไม่มี	16	16.8
1	5	5.3
2	14	14.7
3	25	26.3
4	14	14.7
5 ขึ้นไป	21	22.1
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพฯและปริมณฑล	54	56.8
อื่น ๆ	42	43.2

ตารางที่ 4. (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพฯและปริมณฑล	88	92.6
อื่น ๆ	7	7.4
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	92	96.8
ค้าขาย	1	1.1
พนักงานบริษัทเอกชน	1	1.1
ธุรกิจส่วนตัว	1	1.1
อาชีพเดิม		
ไม่ได้ทำงาน	8	8.4
ค้าขาย	24	25.3
ข้าราชการ	20	21.1
พนักงานบริษัทเอกชน	12	12.6
ธุรกิจส่วนตัว	9	9.5
ครูอาจารย์	6	6.3
เกษตรกร	7	7.4
แม่บ้าน	5	5.3
แพทย์/พยาบาล	4	4.2
ที่อยู่ปัจจุบัน		
บ้านตัวเอง	64	67.4
บ้านของบุตรหรือธิดา	23	24.2
บ้านของพี่น้อง	2	2.1
บ้านเช่า	3	3.2
อื่น ๆ	3	3.2
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
Mean \pm SD = 4.26 \pm 1.8 คน, Min = 2 คน, Max = 12 คน		
2 คน	12	12.6
3 - 4 คน	46	48.4
ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	37	38.9
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว		
ไม่มี	82	86.3
มี	13	13.7
บทบาททางสังคม		
ไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุหรือองค์กรใด ๆ	87	91.6
เป็นสมาชิกในชมรมหรือองค์กรอื่น ๆ	8	8.4
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
ไม่มี	80	84.2
มี	15	15.8

ตารางที่ 4. (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
Mean \pm SD = 12,264.29 \pm 21,664.46 บาท, Min = 0, Max = 150,000 บาท		
ไม่มีรายได้	29	30.5
มีรายได้	66	69.5
ไม่ระบุ	25	26.3
น้อยกว่า 10,000 บาท	10	10.5
10,000 – 30,000 บาท	24	25.3
30,001 – 50,000 บาท	6	6.3
มากกว่า 50,000 บาท	1	1.1
แหล่งรายได้		
ไม่มีรายได้	29	30.5
บำนาญ	23	24.2
ลูกหลานให้	13	13.7
เงินผู้สูงอายุ	5	5.3
ค่าเช่า	4	4.2
ดอกเบี้ย	3	3.2
เงินเดือน	3	3.2
เงินออม	1	1.1
ไม่ระบุ	15	17.8
ความเพียงพอรายได้		
ไม่เพียงพอ	40	42.1
เพียงพอ	55	57.9
สิทธิการรักษา		
จ่ายเอง	23	24.2
เบิกจ่าย		
บัตรทอง/ประกันสังคม	19	20.0
สิทธิข้าราชการ/เจ้าหน้าที่	53	55.8

จากตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 95 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66 คน, ร้อยละ 69.5) มีอายุตั้งแต่ 58 - 95 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 81 - 90 ปี (41 คน, ร้อยละ 43.2) ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 79.06 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.89 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (33 คน, ร้อยละ 34.7) การรู้หนังสือส่วนใหญ่อ่านและเขียนได้ดี (80 คน, ร้อยละ 84.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (52 คน, ร้อยละ 54.7) จำนวนบุตร 3 คน (25 คน, ร้อยละ 26.3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า มีภูมิลำเนาเดิมในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (54 คน, ร้อยละ 56.8) และมีที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (88 คน, ร้อยละ 92.6) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเกษียณอายุแล้ว (92 คน, ร้อยละ 96.8) โดยมีอาชีพเดิมได้แก่ ค้าขาย (24 ราย, ร้อยละ 25.3) และรับราชการ (20 ราย, ร้อยละ 21.1) เป็นต้น

ประเภทของที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้านของตนเอง (64 คน, ร้อยละ 67.4) จำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 ถึง 12 คน โดยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 4 คน (46 คน, ร้อยละ 48.4) ค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 4.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.8 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว (82 คน, ร้อยละ 86.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุหรือองค์กรใด ๆ (87 คน, ร้อยละ 91.6) และส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (80 คน, ร้อยละ 84.2)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้จากแหล่งต่าง ๆ (66 คน, ร้อยละ 69.5) รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,000 – 30,000 บาท (24 คน, ร้อยละ 25.3) ค่าเฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 12,264.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

21,664.46 แหล่งที่มาของรายได้ ได้แก่ บำนาญ (23 คน, ร้อยละ 24.2) ลูกหลานให้ (13 คน, ร้อยละ 13.7) เป็นต้น ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ารายได้เพียงพอ (55 คน, ร้อยละ 57.9) และใช้สิทธิข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (53 คน, ร้อยละ 55.8)

1.2 ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 5. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย		
Alzheimer's disease (AD)	53	55.8
Vascular Dementia (VaD)	25	26.3
Unspecified dementia	9	9.5
Alzheimer's disease with Cerebrovascular disease (AD with CVD)	4	4.2
Dementia with Lewy Bodies (DLB)	2	2.1
Mixed Dementia	2	2.1
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	16	16.8
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	79	83.2
- โรคความดันโลหิตสูง	10	
- โรคไขมันในเลือดสูง	8	
- โรคพาร์กินสัน	13	
- โรคอื่น ๆ	58	
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	14	14.7
1 - < 3 ปี	19	20.0
3 - < 5 ปี	21	22.1
5 - < 8 ปี	27	28.4
ตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป	14	14.7
ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ		
ไม่เคย	79	83.2
เคยมี	16	16.8
ประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	82	86.3
มี	13	13.7

ตารางที่ 5. (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาที่ได้รับการรักษา (มีได้มากกว่า 1)		
Cholinesterase Inhibitors	63	66.3
Donepezil	41	43.2
Galantamine	3	3.2
Rivastigmine	19	20.0
Cognitive Enhancer	22	23.2
Memantine	18	18.9
Nicergoline	4	4.2
ยาด้านโรคจิต	33	34.8
Risperidone	6	6.3
Quetiapine	25	26.3
Aripiprazole	2	2.1
Olanzapine	3	3.2
ยาด้านเศร้า	61	64.2
Sertraline	23	24.2
Trazodone	19	20.0
Mirtazapine	10	10.5
Escitalopram	9	9.5
Venlafaxine	3	3.2
Nortriptyline	1	1.1
Tianeptine	3	3.2
Agomelatine	5	5.3
ยากันชัก	9	9.5
Valproic acid	4	4.2
Pregabalin	2	2.1
Amlodipine	2	2.1
Gabapentin	1	1.1
ยานอนหลับ	17	17.9
Melatonin	10	10.5
Clonazepam	4	4.2
Lorazepam	2	2.1
Alprazolam, Zolpidem	2	2.1
วิตามิน / เกลือแร่	25	26.3
Vitamin E	4	4.2
Vitamin B complex	13	13.7
Folic acid	9	9.5
Vitamin D	8	8.4
Multivitamin	2	2.1
Calcium	2	2.1

ตารางที่ 5. (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนของแบบทดสอบสมองเบื้องต้น TMSE		
Mean \pm SD = 17.9 \pm 6.8 คะแนน, Min = 2 คะแนน, Max = 28 คะแนน		
น้อยกว่า 10 คะแนน (Severe dementia)	14	14.7
10 – 18 คะแนน (Moderate dementia)	26	27.4
19 – 23 คะแนน (Mild dementia)	36	37.9
24 คะแนนขึ้นไป	19	20.0
คะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL		
Mean \pm SD = 15.8 \pm 5.6 คะแนน, Min = 2 คะแนน, Max = 20 คะแนน		
0 – 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด)	10	10.5
5 – 8 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก)	4	4.2
9 – 11 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง)	2	2.1
12 – 20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย)	79	83.2
คะแนนของแบบประเมิน Chula ADL		
Mean \pm SD = 4.2 \pm 2.7 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 9 คะแนน		
0 - 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง)	57	60.0
5 – 8 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับกลาง)	28	29.5
9 คะแนน (ไม่เป็นภาวะพึ่งพา)	10	10.5

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease (AD) มากที่สุด (53 คน, ร้อยละ 55.8) และ Vascular Dementia (VaD) (25 คน, ร้อยละ 26.3) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (79 คน, ร้อยละ 83.2) มีระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่ ตั้งแต่ 5 ถึง 8 ปี (27 คน, ร้อยละ 28.4) ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ (79 คน, ร้อยละ 83.2) และไม่มีประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว (82 คน, ร้อยละ 86.3)

จากการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับยาในการรักษาดังนี้ (แต่ละคนสามารถได้มากกว่า 1 ชนิด) Cholinesterase Inhibitors (63 คน, ร้อยละ 66.3) ยา Cognitive Enhancer (22 คน, ร้อยละ 23.2) ยาด้านโรคจิต (33 คน, ร้อยละ 34.8) ยาด้านเศร้า (61 คน, ร้อยละ 64.2) ยาแก้นชัก (9 คน, ร้อยละ 9.5) ยานอนหลับ (17 คน, ร้อยละ 17.9) และวิตามิน (25 คน, ร้อยละ 26.3)

ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมองเบื้องต้น (TMSE) ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.9 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.8 คะแนน โดยมีค่าต่ำสุดได้แก่ 2 สูงสุดได้แก่ 28 คะแนน ส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในช่วง 19 – 23 (Mild Dementia) จำนวน 36 คน, ร้อยละ 37.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL เฉลี่ยอยู่ที่ 15.8 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.6 คะแนน โดยมีค่าต่ำสุดคือ 2 สูงสุดคือ 20 คะแนนเต็ม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 12 – 20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย) 79 คน, ร้อยละ 83.2

ระดับคะแนน Chula ADL เฉลี่ยอยู่ที่ 4.2 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.7 คะแนน ค่าต่ำสุดคือ 0 สูงสุดคือ 9 คะแนนเต็ม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนในช่วง 0 – 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง) 57 คน, ร้อยละ 60.0

1.3 ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล

ตารางที่ 6. แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	15.8
หญิง	80	84.2
อายุ (ปี)		
Mean \pm SD = 55.7 \pm 13.9 ปี, Min = 23 ปี, Max = 83 ปี		
23 – 38 ปี	12	12.6
39 – 54 ปี	31	32.6
55 – 70 ปี	38	40.0
71 – 83 ปี	14	14.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	2	2.1
ประถมศึกษา	13	13.7
มัธยมศึกษา	15	15.8
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	9	9.5
ปริญญาตรี	32	33.7
ปริญญาโท	21	22.1
ปริญญาเอก	3	3.2
สถานภาพสมรส		
โสด	45	47.4
คู่	44	46.3
หม้าย	2	2.1
หย่า/แยก	4	4.2
จำนวนบุตร		
Mean \pm SD = 1 \pm 1.3 คน, Min = 0 คน, Max = 5 คน		
ไม่มี	52	54.7
1	11	11.6
2	18	18.9
3	10	10.5
4 ขึ้นไป	4	4.2
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพฯและปริมณฑล	67	70.5
อื่น ๆ	28	29.5
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพฯและปริมณฑล	89	93.7
อื่น ๆ	6	6.3

ตารางที่ 6. (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	42	44.2
ทำงาน	53	55.8
พนักงานบริษัท	14	14.7
ธุรกิจส่วนตัว	11	11.6
ข้าราชการ	7	7.4
รับจ้างดูแลผู้ป่วย	7	7.4
ค้าขาย	5	5.3
อื่น ๆ ครู, แม่บ้าน, พยาบาล, เกษตร	8	8.4
รายได้ต่อเดือน		
Mean \pm SD = 38,450.7 \pm 52,385 บาท, Min = 0, Max = 300,000 บาท		
ไม่มีรายได้	5	5.3
มีรายได้	90	94.7
ไม่ระบุ	24	25.3
น้อยกว่า 10,000 บาท	8	8.4
10,000 – 30,000 บาท	34	35.8
30,001 – 50,000 บาท	12	12.6
มากกว่า 50,000 บาท	12	12.6
แหล่งรายได้		
ไม่มีรายได้	5	5.3
เงินเดือน	35	36.8
ธุรกิจส่วนตัว, รับจ้างอิสระ	13	13.7
บำนาญ	13	13.7
จากครอบครัว	12	12.6
ดอกเบี้ย	6	6.3
ค่าเช่า	3	3.2
ไม่ระบุ	8	8.4
ความเพียงพอรายได้		
ไม่เพียงพอ	17	17.9
เพียงพอ	78	82.1
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและสมองเสื่อมในครอบครัว		
ไม่มี	31	32.6
มี	64	67.4

ตารางที่ 6. (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (n = 95 คน)

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร/ธิดา	54	56.8
สามี/ภรรยา	15	15.8
พี่/น้อง	8	8.4
ลูกจ้าง/ผู้ดูแล	7	7.4
หลาน	6	6.3
ลูกเขย/ลูกสะใภ้ อื่น ๆ	5	5.4
เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
Mean \pm SD = 14.9 \pm 9.1 ชั่วโมง, Min = 3 ชั่วโมง, Max = 24 ชั่วโมง		
3 - 6 ชั่วโมง	29	30.5
มากกว่า 6 - 12 ชั่วโมง	18	18.9
มากกว่า 12 - 20 ชั่วโมง	5	5.3
มากกว่า 20 - 24 ชั่วโมง	43	45.3
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา		
Mean \pm SD = 6.6 \pm 8.7 ปี, Min = 0.25 ปี (3 เดือน), Max = 50 ปี		
น้อยกว่า 1 ปี	26	27.4
1 - 3 ปี	18	18.9
มากกว่า 3 - 5 ปี	23	24.2
มากกว่า 5 - 10 ปี	15	15.8
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	13	13.7
เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์		
Mean \pm SD = 26.3 \pm 19.5 ชั่วโมง, Min = 0 ชั่วโมง, Max = 96 ชั่วโมง		
\leq 5 ชั่วโมง	8	8.4
6 - 10 ชั่วโมง	19	20.0
11 - 30 ชั่วโมง	34	35.8
31 - 50 ชั่วโมง	28	29.5
51 - 80 ชั่วโมง	5	5.3
มากกว่า 80 ชั่วโมง	1	1.1
จำนวนผู้ดูแล		
Mean \pm SD = 1.9 \pm 1.2 คน, Min = 1 คน, Max = 8 คน		
1 คน	46	48.4
2 คน	32	33.7
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	17	17.9
ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview		
Mean \pm SD = 21.6 \pm 16.2 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 71 คะแนน		
0 - 20 คะแนน (ไม่มีภาระการดูแล)	54	56.8
21 - 40 คะแนน (มีภาระการดูแลระดับต่ำ)	27	28.4
41 - 60 คะแนน (มีภาระการดูแลระดับปานกลาง)	10	10.5
61 - 88 คะแนน (มีภาระการดูแลระดับสูง)	4	4.2

จากตารางที่ 6 ข้อมูลของผู้ดูแล จำนวน 95 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (80 คน, ร้อยละ 84.2) มีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 83 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 55 – 70 ปี (38 คน, ร้อยละ 40.0) ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 55.7 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.9 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (32 คน, ร้อยละ 33.7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (45 คน, ร้อยละ 47.4) และสมรส (44 คน, ร้อยละ 46.3) ไม่มีบุตร (52 คน, ร้อยละ 54.7)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า มีภูมิลำเนาเดิมและที่อยู่ปัจจุบันในจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (67 คน, ร้อยละ 70.5 และ 89 คน, ร้อยละ 93.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ทำงาน (53 คน, ร้อยละ 55.8) โดยเป็นพนักงานบริษัทเอกชน (14 คน, ร้อยละ 14.7) มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 30,000 บาท (34 คน, ร้อยละ 35.8) แหล่งของรายได้คือเงินเดือน (35 คน, ร้อยละ 36.8) ความเพียงพอรายได้ ส่วนใหญ่ตอบว่าเพียงพอ (78 คน, ร้อยละ 82.1) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวรวมสมองเสื่อม (64 คน, ร้อยละ 67.4) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร/ธิดา (54 คน, ร้อยละ 56.8) เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวันมากกว่า 20 – 24 ชั่วโมง (43 คน, ร้อยละ 45.3) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมาน้อยกว่า 1 ปี (26 คน, ร้อยละ 27.4) โดยมีเวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อนเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 11 – 30 ชั่วโมง (34 คน, ร้อยละ 35.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดเพียงคนเดียว (46 คน, ร้อยละ 48.4) และผู้ดูแลมีระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ (ZBI) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.2 คะแนน ต่ำสุดคือ 0 คะแนน สูงสุดคือ 71 คะแนน (คะแนนเต็ม 88 คะแนน) โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนน 0 – 20 คะแนน (ไม่มีภาระการดูแล) 54 คน, ร้อยละ 56.8

1.4 ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWs-CV และแบบสอบถาม NPI-Q

ตารางที่ 7. ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWs-CV จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ย (n = 95 คน)

ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWs-CV	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนเฉลี่ย Total RAWs-CV		
Mean \pm SD = 1.38 \pm 0.45 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 3.15 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	17	17.9
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	77	81.1
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	1	1.1
คะแนนเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อย		
PW: การเดินไม่หยุด (Persistent Walking) 14 ข้อคำถาม		
Mean \pm SD = 1.39 \pm 0.54 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 3.86 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	33	34.7
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	61	64.2
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	1	1.1
RW: การเดินซ้ำไปซ้ำมา (Repetitive Walking) 7 ข้อคำถาม		
Mean \pm SD = 1.37 \pm 0.66 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 3.57 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	61	64.2
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	30	31.6
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	4	4.2
EB: การหนีออกนอกบริเวณ (Eloping Behavior) 8 ข้อคำถาม		
Mean \pm SD = 1.37 \pm 0.56 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 3.38 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	48	50.5
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	46	48.4
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	1	1.1

ตารางที่ 7. (ต่อ) ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ย (n = 95 คน)

ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV	จำนวน (คน)	ร้อยละ
SD: การหลงสถานที่ (Spatial Disorientation) 4 ข้อคำถาม		
Mean \pm SD = 1.23 \pm 0.66 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 5 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	79	83.2
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	14	14.7
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	2	2.1
NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย (Negative Outcomes) 4 ข้อคำถาม		
Mean \pm SD = 1.59 \pm 0.64 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 3.50 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	34	35.8
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	59	62.1
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	2	2.1
MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร (Mealtime Impulsivity) 2 ข้อคำถาม		
Mean \pm SD = 1.22 \pm 0.59 คะแนน, Min = 1 คะแนน, Max = 4 คะแนน		
เท่ากับ 1 คะแนน	80	84.2
มากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน	14	14.7
มากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป	1	1.1

จากตารางที่ 7 การประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่าคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Revised Algase Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV) มีค่าเฉลี่ยของ 39 ข้อคำถามเท่ากับ 1.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน (77 คน, ร้อยละ 81.1)

ในส่วนของค่าเฉลี่ยจากแต่ละมาตรวัดย่อยมีดังนี้ PW: การเดินไม่หยุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน (61 คน, ร้อยละ 34.7) RW: การเดินเข้าไปเข้ามา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (61 คน, ร้อยละ 64.2) EB: การหนีออกนอกบริเวณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (48 คน, ร้อยละ 50.5) SD: การหลงสถานที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (79 คน, ร้อยละ 83.2) NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน (59 คน, ร้อยละ 62.1) MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (80 คน, ร้อยละ 84.2)

ตารางที่ 8. ข้อมูลประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (n = 95 คน)

ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย		
ไม่มีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้าน	73	76.8
มีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้าน	22	23.2

ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามในแบบประเมินเพื่อตรวจสอบประวัติจากผู้ดูแลผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเคยมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือเคยพลัดหลงออกจากบ้านหรือไม่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ (73 คน, ร้อยละ 76.8)

ตารางที่ 9. คะแนนเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อยแยกตามกลุ่มการมีประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV	ทั้งหมด n = 95	ประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย	
		ไม่มีประวัติ (n = 73)	มีประวัติ (n = 22)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD
คะแนนเฉลี่ย Total RAWS-CV	1.38 ± 0.45	1.23 ± 0.29	1.85 ± 0.56
PW: การเดินไม่หยุด (Persistent Walking)	1.39 ± 0.54	1.27 ± 0.40	1.80 ± 0.72
RW: การเดินซ้ำไปซ้ำมา (Repetitive Walking)	1.37 ± 0.66	1.20 ± 0.45	1.94 ± 0.90
EB: การหนีออกนอกบริเวณ (Eloping Behavior)	1.37 ± 0.56	1.16 ± 0.28	2.08 ± 0.66
SD: การหลงสถานที่ (Spatial Disorientation)	1.23 ± 0.66	1.14 ± 0.48	1.51 ± 1.01
NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย (Negative Outcomes)	1.59 ± 0.64	1.46 ± 0.58	2.00 ± 0.66
MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร (Mealtime Impulsivity)	1.22 ± 0.59	1.16 ± 0.53	1.43 ± 0.73

จากตารางที่ 9 ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV ที่มีการให้คะแนนแบบ Likert scale จาก 1 ถึง 5 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมาตรวัดย่อยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่ามีประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ค่าเฉลี่ยในส่วนของ EB: การหนีออกนอกบริเวณของกลุ่มที่มีประวัติฯ มีค่าสูงที่สุด เท่ากับ 2.08 ถัดมาคือ NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 และ RW: การเดินซ้ำไปซ้ำมา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายพบว่าค่าเฉลี่ยในส่วนของ NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสียมีค่ามากที่สุดคือ 1.46 และ PW: การเดินไม่หยุด เป็นลำดับถัดมาคือ 1.39

ตารางที่ 10. ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q (n = 95 คน)

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการที่พบ		
ไม่พบอาการ	9	9.5
พบอาการ	86	90.5
1 - 3 อาการ	32	33.7
4 - 6 อาการ	35	36.8
7 - 12 อาการ	19	20.0
ความรุนแรงของอาการ		
Mean ± SD = 6.4 ± 5.5 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 28 คะแนน		
0 - 9 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการในระดับน้อย)	75	78.9
10 - 18 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลาง)	15	15.8
19 - 28 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการในระดับสูง)	5	5.3
ความทุกข์ใจของผู้ดูแล		
Mean ± SD = 7.8 ± 8.3 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 40 คะแนน		
0 - 13 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับน้อย)	82	86.3
14 - 27 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับปานกลาง)	8	8.4
28 - 40 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับสูง)	5	5.3

ตารางที่ 10. (ต่อ) ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q (n = 95 คน)

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการที่พบจากแบบสอบถาม NPI-Q (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)		
อารมณ์หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	58	61.1
กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว	48	50.5
ความวิตกกังวล	38	40.0
ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์	38	40.0
ความไม่ยับยั้งชั่งใจ	34	35.8
การนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน	33	34.7
พฤติกรรมแปลก	32	33.7
ซีมีเศร้า/ละเหี่ยวใจ	31	32.6
ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ	30	31.6
ประสาทหลอน	29	30.5
ความคิดหลงผิด	28	29.5
อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ/ครีမ်ใจ	8	8.4

จากแบบสอบถาม NPI-Q ตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมักพบอาการทางจิตและพฤติกรรม (86 คน, ร้อยละ 90.5) โดยพบ 4 – 6 อาการมากที่สุด (35 คน, ร้อยละ 33.7) และรองลงมาพบ 1 – 3 อาการ (32 คน, ร้อยละ 34.3) โดยมีความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (75 คน, ร้อยละ 78.9) และสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลในระดับน้อยเช่นเดียวกัน (82 คน, ร้อยละ 86.3)

กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา BPSD ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่ายมากที่สุด (58 คน, ร้อยละ 61.1) รองลงมาคือกระสับกระส่าย/ก้าวร้าว (48 คน, ร้อยละ 50.5) วิตกกังวล (38 คน, ร้อยละ 40.4) เฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ (38 คน, ร้อยละ 40.4) ความไม่ยับยั้งชั่งใจ (34 คน, ร้อยละ 35.8) และปัญหาการนอนหลับและพฤติกรรมช่วงกลางคืน (33 คน, ร้อยละ 34.7) ตามลำดับ ส่วนปัญหาที่พบน้อยที่สุดได้แก่ อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ/ครีမ်ใจ (8 คน, ร้อยละ 8.4)

ส่วนที่ 2: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ตารางที่ 11. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา อย่างไร้จุดหมาย				χ^2	P - value
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เพศ					
ชาย	23	31.5	6	27.3	0.143	0.705
หญิง	50	68.5	16	72.7		
อายุ (ปี)						
≤ 70 ปี	15	20.5	2	9.1	2.958	0.228
71 – 80 ปี	26	35.6	6	27.3		
ตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป	32	43.8	14	63.6		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน - ประถมศึกษา	28	38.4	14	63.6	4.728	0.094
มัธยมศึกษา - อนุปริญญา	28	38.4	6	27.3		
ปริญญาตรีขึ้นไป	17	23.3	2	9.1		
การรู้หนังสือ						
เขียนไม่ได้	9	12.3	6	27.3	-	0.115 ^a
อ่านและเขียนได้ดี	64	87.7	16	72.7		
สถานภาพสมรส						
โสด	12	16.4	1	4.5	3.610	0.164
คู่	41	56.2	11	50.0		
หม้าย, หย่า/แยก	20	27.4	10	45.5		
จำนวนบุตร						
ไม่มี	14	19.2	2	9.1	1.442	0.486
≤3	32	43.8	12	54.5		
4 ขึ้นไป	27	37.0	8	36.4		
ภูมิลำเนาเดิม						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	43	58.9	11	50.0	0.546	0.460
อื่น ๆ	30	41.1	11	50.0		
ที่อยู่ปัจจุบัน						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	69	94.5	19	86.4	-	0.347 ^a
อื่น ๆ	4	5.5	3	13.6		
อาชีพปัจจุบัน						
ไม่ได้ทำงาน	70	95.9	22	100.0	-	0.449 ^a
ทำงาน	3	4.1	0	0.0		

ตารางที่ 11. (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา อย่างไร้จุดหมาย				χ^2	P - value
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพเดิม						
ไม่ได้ทำงาน, แม่บ้าน	11	15.1	2	9.1	3.398	0.334
เกษตรกร, ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว	27	37.0	13	59.1		
ข้าราชการ, ครูอาจารย์, แพทย์/พยาบาล	25	34.2	5	22.7		
พนักงานบริษัทเอกชน	10	13.7	2	9.1		
ที่อยู่ปัจจุบัน						
บ้านตัวเอง	49	67.1	15	68.2	0.009	0.926
บ้านของบุคคลอื่น	24	32.9	7	31.8		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
2 คน	11	15.1	1	4.5	-	0.284 ^a
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	62	44.9	21	95.5		
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว						
ไม่มี	64	87.7	18	81.8	-	0.490 ^a
มี	9	12.3	4	18.2		
บทบาททางสังคม						
ไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ	65	89.0	22	100.0	-	0.191 ^a
เป็นสมาชิกในชมรมหรือองค์กรอื่น ๆ	8	11.0	0	0.0		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม						
ไม่มี	59	80.8	21	95.5	-	0.179 ^a
มี	14	19.2	1	4.5		
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	23	36.5	6	33.3	0.016	0.899
มีรายได้	54	63.5	16	66.7		
แหล่งรายได้ (n = 84)						
ไม่มีรายได้	23	36.5	6	33.3	2.463	0.292
บำนาญ	20	31.7	3	16.7		
อื่น ๆ เช่น เงินผู้สูงอายุ, ค่าเช่า, ดอกเบี้ย	20	31.7	9	50.0		
ความเพียงพอรายได้						
ไม่เพียงพอ	31	42.5	9	40.9	0.017	0.897
เพียงพอ	42	57.5	13	59.1		
สิทธิการรักษา						
จ่ายเอง	14	19.2	9	40.9	4.351	0.037*
เบิกจ่าย	59	80.8	13	59.1		

*P < 0.05, a = Fisher's exact

จากตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับการมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 12. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบทดสอบ TMSE, แบบประเมิน Barthel ADL, Chula โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา				χ^2	P - value
	อย่างไร้จุดหมาย					
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย						
AD, VaD, AD with CVD, Mixed	63	86.3	21	95.5	-	0.448
DLB, Unspecified Dementia	10	13.7	1	4.5		
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	10	13.7	6	27.3	-	0.191 ^a
มีโรคประจำตัว	63	86.3	16	72.7		
ระยะเวลาที่ป่วย						
≤ 4 ปี	48	65.8	6	27.3	10.204	0.001**
มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	25	34.2	16	72.7		
ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ						
ไม่เคย	60	82.2	19	86.4	-	0.756 ^a
เคยมี	13	17.8	3	13.6		
ประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว						
ไม่มี	64	87.7	18	81.8	-	0.490 ^a
มี	9	12.3	4	18.2		
ยาที่ได้รับการรักษา (มีได้มากกว่า 1)						
Cholinesterase Inhibitors						
ไม่มี	24	32.9	8	36.4	0.092	0.762
มี	49	67.1	14	63.6		
Cognitive Enhancer						
Memantine						
ไม่มี	63	86.3	14	63.6		0.028 ^{a*}
มี	10	13.7	8	36.4		
ยาด้านโรคจิต						
ไม่มี	50	68.5	12	54.5	1.451	0.228
มี	23	31.5	10	45.5		
ยาด้านเศร้า						
ไม่มี	29	39.7	5	22.7	2.126	0.145
มี	44	60.3	17	77.3		

ตารางที่ 12. (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลจากแบบประเมิน โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา				χ^2	P-value
	อย่างไร้จุดหมาย					
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ยากันชัก						
ไม่มี	66	90.4	20	90.9	-	0.655 ^a
มี	7	9.6	2	9.1		
ยานอนหลับ						
ไม่มี	59	80.8	19	86.4	-	0.754 ^a
มี	14	19.2	3	13.6		
วิตามิน						
ไม่มี	55	75.3	15	68.2	0.447	0.504
มี	18	24.7	7	31.8		
คะแนนของแบบทดสอบ TMSE						
Mean \pm SD = 17.8 \pm 7.3, Min = 2, Max = 28						
น้อยกว่า 10 คะแนน	8	11.0	6	27.3	-	0.095 ^a
10 – 18 คะแนน	18	24.7	8	36.4		
19 – 23 คะแนน	30	41.1	6	27.3		
24 คะแนนขึ้นไป	17	23.3	2	9.1		
คะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL						
Mean \pm SD = 15.8 \pm 5.6, Min = 2, Max = 20						
0 – 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด)	8	11.0	2	9.1	-	0.697 ^a
5 – 8 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก)	3	4.1	1	4.5		
9 – 11 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับกลาง)	1	1.4	1	4.5		
12 – 20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย)	61	83.6	18	81.8		
คะแนนของแบบประเมิน Chula ADL						
Mean \pm SD = 4.2 \pm 2.7, Min = 0, Max = 9						
0 - 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง)	43	58.9	14	63.6	0.166	0.920
5 – 8 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับกลาง)	22	30.1	6	27.3		
9 คะแนน (ไม่เป็นภาวะพึ่งพา)	8	11.0	2	9.1		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, a = Fisher's exact

จากตารางที่ 12 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วยกับการมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า การได้รับการรักษาด้วยยา memantine มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วนระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

ตารางที่ 13. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา				χ^2	P-value
	อย่างไร้จุดหมาย					
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	12	16.4	3	13.6	-	0.524 ^a
หญิง	61	83.6	19	86.4		
อายุ (ปี)						
≤ 55 ปี	33	45.2	13	59.1	1.305	0.253
56 – 83 ปี	40	54.8	9	40.9		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	29	39.7	10	45.5	0.229	0.632
ปริญญาตรีขึ้นไป	44	60.3	12	54.5		
สถานภาพสมรส						
โสด	34	46.6	11	50.0	0.080	0.778
คู่, หม้าย, หย่า/แยก	39	53.4	11	50.0		
จำนวนบุตร						
ไม่มี	39	53.4	13	59.1	0.219	0.640
1 คนขึ้นไป	34	46.6	9	40.9		
ภูมิลำเนาเดิม						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	51	69.9	16	72.7	0.067	0.796
อื่น ๆ	22	30.1	6	27.3		
ที่อยู่ปัจจุบัน						
กรุงเทพฯและปริมณฑล	71	97.3	18	81.8	-	0.024 ^{a*}
อื่น ๆ	2	2.7	4	18.2		
อาชีพปัจจุบัน						
ไม่ได้ทำงาน	33	45.2	9	40.9	0.127	0.722
ทำงาน	40	54.8	13	59.1		
รายได้ต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	4	5.5	1	4.5	-	0.656 ^a
มีรายได้	50	94.5	16	95.5		
แหล่งรายได้ (n = 86)						
เงินเดือน	29	45.3	6	33.3	5.285	0.071
ธุรกิจส่วนตัว	7	10.9	6	33.3		
บำนาญ, จากครอบครัว, ดอกเบี้ย, ค่าเช่า	28	43.8	6	33.3		
ความเพียงพอรายได้						
ไม่เพียงพอ	12	16.4	5	22.7	-	0.532 ^a
เพียงพอ	61	83.6	17	77.3		

ตารางที่ 13. (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา				χ^2	P - value
	อย่างไร้จุดหมาย					
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและสมองเสื่อมในครอบครัว						
ไม่มี	25	34.2	6	27.3	0.374	0.541
มี	48	65.8	16	72.7		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บุตร/ธิดา, สามเณร/ภรรยา	49	67.1	20	90.9	4.812	0.028*
ญาติ พี่น้อง, ลูกเขย/ลูกสะใภ้ ฯลฯ	24	32.9	2	9.1		
เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน						
≤ 12 ชั่วโมง	35	47.9	12	54.5	0.295	0.587
มากกว่า 12 ชั่วโมง	38	52.1	10	45.5		
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา						
≤ 4 ปี	40	54.8	8	36.4	2.297	0.130
มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	33	45.2	14	63.6		
เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์						
≤ 10 ชั่วโมง	20	27.4	7	31.8	2.228	0.328
11 - 30 ชั่วโมง	24	32.9	10	45.5		
30 ชั่วโมงขึ้นไป	29	39.7	5	22.7		
จำนวนผู้ดูแล						
1 คน	39	53.4	7	31.8	3.160	0.075
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	34	46.6	15	68.2		
ระดับคะแนนความรู้สึกรบกวนใจ ZBI						
Mean ± SD = 21.4 ± 16.3, Min = 0, Max = 71						
0 - 20 คะแนน (ไม่มีภาวะการดูแล)	40	54.8	14	63.6	-	0.345 ^a
21 - 40 คะแนน (มีภาวะการดูแลระดับต่ำ)	23	31.5	4	18.2		
41 - 60 คะแนน (มีภาวะการดูแลระดับปานกลาง)	8	11.0	2	9.1		
61 - 88 คะแนน (มีภาวะการดูแลระดับสูง)	2	2.7	2	9.1		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, a = Fisher's exact

จากตารางที่ 13 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 14. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา อย่างไร้จุดหมาย				χ^2	P-value
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คะแนนเฉลี่ย Total RAWS-CV						
Mean \pm SD = 1.38 \pm 0.45, Min = 1, Max = 3.15						
เท่ากับ 1 คะแนน	17	23.3	0	0.0	-	
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	56	76.7	22	100.0		0.010 ^{a*}
คะแนนเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อย						
PW: การเดินไม่หยุด (Persistent Walking)						
เท่ากับ 1 คะแนน	29	39.7	4	18.2	3.461	0.063
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	44	60.3	18	81.8		
RW: การเดินซ้ำไปซ้ำมา (Repetitive Walking)						
เท่ากับ 1 คะแนน	54	74.0	7	31.8	13.072	< 0.001**
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	19	26.0	15	68.2		
EB: การหนีออกนอกบริเวณ (Eloping Behavior)						
เท่ากับ 1 คะแนน	47	64.4	1	4.5	24.215	< 0.001**
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	26	35.6	21	95.5		
SD: การหลงสถานที่ (Spatial Disorientation)						
เท่ากับ 1 คะแนน	64	87.7	15	68.2	-	0.049 ^{a*}
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	9	12.3	7	31.8		
NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย (Negative Outcomes)						
เท่ากับ 1 คะแนน	30	41.1	4	18.2	3.862	0.049*
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	43	58.9	18	81.8		
MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร (Mealtime Impulsivity)						
เท่ากับ 1 คะแนน	65	89.0	15	68.2	-	0.40 ^a
มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป	8	11.0	7	31.8		

*P < 0.05, **P < 0.01, a = Fisher's exact

จากตารางที่ 14 เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนจากแบบประเมิน RAWS-CV กับการมี ปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม Total RAWS-CV มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อย ได้แก่ SD, NO ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05 เช่นเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยของมาตรวัดย่อย RW กับ EB มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01 แต่ PW กับ MI ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 15. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา อย่างไร้จุดหมาย				χ^2	P - value
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนอาการที่พบ						
ไม่พบอาการ	8	11.0	1	4.5	-	0.010*
1 - 3 อาการ	30	41.1	2	9.1		
4 - 6 อาการ	22	30.1	13	59.1		
7 - 12 อาการ	13	17.8	6	27.3		
ความรุนแรงของอาการ						
Mean \pm SD = 6.3 \pm 5.4, Min = 0, Max = 28						
0 - 9 คะแนน (มีความรุนแรงในระดับน้อย)	59	80.8	16	72.7	-	0.530
10 - 18 คะแนน (มีความรุนแรงระดับปานกลาง)	10	13.7	5	22.7		
19 - 28 คะแนน (มีความรุนแรงในระดับสูง)	4	5.5	1	4.5		
ความทุกข์ใจของผู้ดูแล						
Mean \pm SD = 7.7 \pm 8.3, Min = 0, Max = 40						
0 - 13 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับน้อย)	62	84.9	20	90.9	-	0.866
14 - 27 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับกลาง)	7	9.6	1	4.5		
28 - 40 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับสูง)	4	5.5	1	4.5		
อาการที่พบจากแบบสอบถาม NPI-Q (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)						
อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่าย	28	38.4	9	40.9	0.046	0.830
ไม่มี	45	61.6	13	59.1		
มี						
กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว	41	56.2	6	27.3	5.645	0.018*
ไม่มี	32	43.8	16	72.7		
มี						
ความวิตกกังวล	42	57.5	15	68.2	0.799	0.372
ไม่มี	31	42.5	7	31.8		
มี						
ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์	49	67.1	8	36.4	6.655	0.010*
ไม่มี	24	32.9	14	63.6		
มี						
ความไม่ยับยั้งชั่งใจ	51	69.9	12	54.5	4.383	0.036*
ไม่มี	22	30.1	9	40.9		
มี						

ตารางที่ 15. (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายกับข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q (n = 95)	ประวัติการมีพฤติกรรมเดินไปมา อย่างไร้จุดหมาย				χ^2	P - value
	ไม่มีประวัติ (n = 73 คน)		มีประวัติ (n = 22 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน						
ไม่มี	49	67.1	13	59.1	0.481	0.488
มี	24	32.9	9	40.9		
พฤติกรรมแปลก						
ไม่มี	51	69.9	12	54.5	1.776	0.183
มี	22	30.1	10	45.5		
ซึมเศร้า/ละเหี่ยวใจ						
ไม่มี	46	63.0	18	81.8	2.719	0.099
มี	27	37.0	4	18.2		
ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ						
ไม่มี	56	76.7	9	40.9	0.481	0.488
มี	17	23.3	13	59.1		
ประสาทหลอน						
ไม่มี	55	75.3	11	50.0	5.119	0.024*
มี	18	24.7	11	50.0		
ความคิดหลงผิด						
ไม่มี	55	75.3	12	54.5	3.518	0.061
มี	18	24.7	10	45.5		
อารมณ์ร้ายเกินเหตุ/ครีမ်ใจ						
ไม่มี	66	90.4	21	95.5	-	0.676 ^a
มี	7	9.6	1	4.5		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, a = Fisher's exact

จากตารางที่ 15 เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q กับการมี ปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า จำนวนของอาการที่พบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.05$ โดยการพบอาการกระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ ความไม่ ยับยั้งชั่งใจ และอาการประสาทหลอนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ส่วนที่ 3: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และ ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาศูนย์คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ด้วยสถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ตารางที่ 16. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	S.D		
เพศ					
ชาย	29	1.31	0.40	t -1.042	0.300
หญิง	66	1.41	0.47		
อายุ (ปี)					
≤ 70 ปี	17	1.33	0.41	F 0.154	0.858
71 – 80 ปี	46	1.41	0.53		
ตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป	32	1.37	0.41		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา	42	1.38	0.45	F 0.325	0.723
มัธยมศึกษา – อนุปริญญา	34	1.42	0.47		
ปริญญาตรีขึ้นไป	19	1.31	0.43		
การรู้หนังสือ					
เขียนไม่ได้	15	1.50	0.54	t 1.163	0.248
อ่านและเขียนได้ดี	80	1.35	0.43		
สถานภาพสมรส					
โสด	13	1.25	0.28	F 0.639	0.530
คู่	52	1.40	0.51		
หม้าย, หย่า/แยก	30	1.41	0.40		
จำนวนบุตร					
ไม่มี	16	1.29	0.41	1.992	0.142
≤ 3	44	1.48	0.52		
4 ขึ้นไป	35	1.29	0.36		
ภูมิลำเนาเดิม					
กรุงเทพฯและปริมณฑล	54	1.38	0.39	t 0.74	0.941
อื่น ๆ	41	1.37	0.53		
ที่อยู่ปัจจุบัน					
กรุงเทพฯและปริมณฑล	88	1.36	0.45	t -1.041	0.301
อื่น ๆ	7	1.55	0.43		
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ทำงาน	92	1.39	0.46	t 0.838	0.404
ทำงาน	3	1.16	0.17		

ตารางที่ 16. (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	S.D		
อาชีพเดิม					
ไม่ได้ทำงาน, แม่บ้าน	13	1.40	0.53	F 0.385	0.764
เกษตรกรกรรม, ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว	40	1.41	0.42		
ข้าราชการ, ครูอาจารย์, แพทย์/พยาบาล	30	1.30	0.38		
พนักงานบริษัทเอกชน	12	1.38	0.65		
ที่อยู่ปัจจุบัน					
บ้านตัวเอง	64	1.39	0.48	t 0.257	0.798
บ้านของบุคคลอื่น	31	1.36	0.38		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
≤ 2 คน	12	1.34	0.44	F 1.216	0.301
3-4 คน	46	1.45	0.51		
ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	37	1.30	0.37		
จำนวนผู้ดูแล					
1 คน	46	1.33	0.35	F 2.050	0.135
2 คน	32	1.50	0.59		
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	17	1.27	0.36		
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว					
ไม่มี	82	1.39	0.45	t 0.737	0.463
มี	13	1.29	0.44		
บทบาททางสังคม					
ไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุหรือองค์กรใด ๆ	87	1.40	0.46	t 1.745	0.084
เป็นสมาชิกในชมรมหรือองค์กรอื่น ๆ	8	1.11	0.20		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม					
ไม่มี	80	1.42	0.45	t 1.934	0.056
มี	15	1.17	0.31		
รายได้ต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	29	1.42	0.47	t 0.648	0.518
มีรายได้	66	1.36	0.44		
แหล่งรายได้ (n = 84)					
ไม่มีรายได้	29	1.42	0.47	F 1.685	0.192
บำนาญ	23	1.23	0.33		
อื่น ๆ เช่น ลูกหลาน, เงินผู้สูงอายุ, ค่าเช่า, ดอกเบี้ย	29	1.43	0.45		
ความเพียงพอรายได้					
เพียงพอ	40	1.44	0.49	t 1.074	0.286
ไม่เพียงพอ	55	1.34	0.12		
สิทธิการรักษา					
จ่ายเอง	23	1.48	0.54	t 1.277	0.205
เบิกจ่าย	72	1.34	0.42		

จากตารางที่ 16 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 17. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	S.D		
ชนิดของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย					
AD, VaD, AD with CVD, Mixed Dementia	84	1.40	0.47	t 1.242	0.217
DLB, Unspecified Dementia	11	1.22	0.23		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	16	1.33	0.42	t 2.549	0.012*
มีโรคประจำตัว	79	1.63	0.51		
ระยะเวลาที่ป่วย					
≤ 4 ปี	54	1.29	0.36	t -2.093	0.040*
มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	41	1.49	0.53		
ประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ					
ไม่เคย	79	1.37	0.46	t -0.285	0.776
เคยมี	16	1.41	0.38		
ประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว					
ไม่มี	82	1.39	0.45	t 0.399	0.690
มี	13	1.33	0.44		
ยาที่ได้รับการรักษา (มีได้มากกว่า 1)					
Cholinesterase Inhibitors					
ไม่มี	32	1.37	0.50	t -0.172	0.864
มี	63	1.38	0.43		
Cognitive Enhancer					
Memantine					
ไม่มี	77	1.32	0.41	t -2.100	0.048*
มี	18	1.61	0.55		
ยาด้านโรคจิต					
ไม่มี	62	1.30	0.37	t -2.044	0.047*
มี	33	1.52	0.55		
ยาด้านเศร้า					
ไม่มี	34	1.21	0.32	t -3.093	0.003**
มี	61	1.47	0.49		
ยากันชัก					
ไม่มี	86	1.37	0.45	t -0.758	0.450*
มี	9	1.49	0.43		
ยานอนหลับ					
ไม่มี	78	1.36	0.42	t 0.617	0.539
มี	17	1.44	0.50		



2130771235

CD iThesis 6074264230 thesis / rev: 22072562 09:30:34 / seq: 13

ตารางที่ 17. (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	S.D		
วิตามิน					
ไม่มี	70	1.34	0.43	t 1.344	0.182
มี	25	1.48	0.49		
คะแนนของแบบทดสอบ TMSE					
Mean \pm SD = 17.8 \pm 7.3, Min = 0, Max = 30 คะแนน					
น้อยกว่า 10 คะแนน	14	1.39	0.40	F 2.476	0.066
10 – 18 คะแนน	26	1.57	0.54		
19 – 23 คะแนน	36	1.30	0.42		
24 คะแนนขึ้นไป	19	1.26	0.35		
คะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL					
Mean \pm SD = 15.8 \pm 5.6, Min = 2, Max = 20 คะแนน					
0 – 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด) (1)	10	1.20	0.20	F 3.402	0.021*
5 – 8 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก) (2)	4	1.73	0.89		
9 – 11 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง) (3)	2	2.13	1.45		
12 – 20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย) (4)	79	1.36	0.40		
Significant Pairwise comparison = (1) < (3)* Tukey					
คะแนนของแบบประเมิน Chula ADL					
Mean \pm SD = 4.2 \pm 2.7, Min = 0, Max = 9 คะแนน					
0 - 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง)	57	1.39	0.48	F 0.358	0.700
5 – 8 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับกลาง)	28	1.39	0.41		
9 คะแนน (ไม่เป็นภาวะพึ่งพา)	10	1.26	0.40		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 17 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วยด้านยาที่ได้รับการรักษาเมียาต้านเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วยในส่วนของกรณีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับการรักษาด้วย Memantine ยาต้านโรคจิต ยาแก้นชักและคะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนน RAWS-CV (Post hoc comparison) ในส่วน of คะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL ด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 18. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	SD		
เพศ					
ชาย	15	1.25	0.34	t -1.184	0.239
หญิง	80	1.40	0.47		
อายุ (ปี)					
≤ 55 ปี	46	1.48	0.53	t 2.189	0.032*
56 – 83 ปี	49	1.28	0.34		
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39	1.40	0.45	t 0.384	0.702
ปริญญาตรีขึ้นไป	56	1.36	0.46		
สถานภาพสมรส					
โสด	45	1.44	0.52	t 1.256	0.212
คู่, หม้าย, หย่า/แยก	50	1.32	0.37		
จำนวนบุตร					
ไม่มี	52	1.43	0.52	t 1.141	0.257
1 คนขึ้นไป	43	1.32	0.35		
ภูมิลำเนาเดิม					
กรุงเทพฯและปริมณฑล	67	1.38	0.43	t 0.227	0.821
อื่น ๆ	28	1.36	0.50		
ที่อยู่ปัจจุบัน					
กรุงเทพฯและปริมณฑล	89	1.36	0.45	t -1.442	0.153
อื่น ๆ	6	1.63	0.42		
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ทำงาน	42	1.33	0.37	t -0.894	0.374
ทำงาน	53	1.41	0.50		
รายได้ต่อเดือน					
ไม่มีรายได้	5	1.08	0.88	t -5.066	< 0.01**
มีรายได้	90	1.39	0.46		
แหล่งรายได้ (n = 86)					
เงินเดือน	35	1.37	0.53	F 0.768	0.467
ธุรกิจส่วนตัว	13	1.54	0.48		
บำนาญ, จากครอบครัว, ดอกเบี้ย, ค่าเช่า	34	1.37	0.37		
ความเพียงพอรายได้					
เพียงพอ	17	1.47	0.55	t 0.952	0.344
ไม่เพียงพอ	78	1.36	0.43		
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและสมองเสื่อมในครอบครัว					
มี	31	1.38	0.47	t 0.009	0.993
ไม่มี	64	1.38	0.45		

ตารางที่ 18. (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	S.D		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บุตร/ธิดา, สามเณร/ภรรยา	69	1.45	0.49	t 3.739	< 0.01**
ญาติ พี่/น้อง, ลูกเขย/ลูกสะใภ้, อื่น ๆ	26	1.18	0.23		
เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน					
≤12 ชั่วโมง	47	1.43	0.07	t 1.066	0.289
มากกว่า 12 ชั่วโมง	48	1.33	0.06		
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา					
≤3 ปี	40	1.27	0.37	F 1.906	0.154
มากกว่า 3 - 5 ปี	25	1.45	0.36		
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	30	1.46	0.59		
เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์					
≤10 ชั่วโมง	27	1.42	0.42	F 0.811	0.447
11 - 30 ชั่วโมง	34	1.42	0.55		
30 ชั่วโมงขึ้นไป	34	1.30	0.35		
ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden					
Interview	54	1.30	0.41	F 5.261	0.002**
0 - 20 คะแนน (ไม่มีภาระการดูแล)	27	1.34	0.36		
21 - 40 คะแนน (มีภาระการดูแลระดับต่ำ)	10	1.59	0.51		
41 - 60 คะแนน (มีภาระการดูแลระดับปานกลาง)	4	2.09	0.73		
61 - 88 คะแนน (มีภาระการดูแลระดับสูง)					

Significant Pairwise comparison = (1) < (4)**,
(2) < (4)**

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 18 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Independent t - test และ One-way ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยอายุของผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลด้านรายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระดับความรู้สึกเป็นภาระ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนน RAWS-CV (Post hoc comparison) ในส่วนของระดับความรู้สึกเป็นภาระด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลรู้สึกมีภาระการดูแลระดับสูงกับไม่มีภาระการดูแลมีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลรู้สึกมีภาระการดูแลระดับสูงกับรู้สึกมีภาระการดูแลระดับต่ำ มีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

ตารางที่ 19. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม RAWs-CV กับข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q	n	RAWs-CV		t/F	P - value
		Mean	SD		
จำนวนอาการที่พบ					
ไม่พบอาการ (1)	9	1.15	0.16	F 9.122	<0.001**
1 - 3 อาการ (2)	32	1.14	0.24		
4 - 6 อาการ (3)	35	1.50	0.52		
7 - 12 อาการ (4)	19	1.67	0.44		
Significant Pairwise comparison = (1) < (3)**, (1) < (4)**, (2) < (3)**, (2) < (4)**					
ความรุนแรงของอาการ					
0 - 9 คะแนน (มีความรุนแรงในระดับน้อย) (1)	75	1.26	0.34	F 15.041	<0.001**
10 - 18 คะแนน (มีความรุนแรงระดับปานกลาง) (2)	15	1.79	0.61		
19 - 28 คะแนน (มีความรุนแรงในระดับสูง) (3)	5	1.87	0.45		
Significant Pairwise comparison: (1) < (2)**, (1) < (3)**					
ความทุกข์ใจของผู้ดูแล					
0 - 13 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับน้อย)	82	1.33	0.41	F 4.942	0.009**
14 - 27 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับปานกลาง)	8	1.60	0.61		
28 - 40 คะแนน (ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในระดับสูง)	5	1.87	0.45		
Significant Pairwise comparison: (1) < (3)**					
อาการที่พบจากแบบสอบถาม NPI-Q (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)					
อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่าย					
ไม่มี	37	1.30	0.47	t -1.409	0.162
มี	58	1.43	0.44		
กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว					
ไม่มี	47	1.24	0.41	t -3.094	0.003**
มี	48	1.51	0.46		
ความวิตกกังวล					
ไม่มี	57	1.33	0.47	t -1.303	0.196
มี	38	1.45	0.42		
ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์					
ไม่มี	57	1.29	0.41	t -2.490	0.015*
มี	38	1.52	0.48		
ความไม่ยับยั้งชั่งใจ					
ไม่มี	61	1.28	0.33	t -2.454	0.018*
มี	34	1.55	0.57		

ตารางที่ 19. (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม RAWS-CV กับข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้ Independent *t* - test และ One-way ANOVA

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q	n	RAWS-CV		t/F	P - value
		Mean	SD		
การนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน					
ไม่มี	62	1.32	0.46	t -1.817	0.072
มี	33	1.49	0.42		
พฤติกรรมแปลก					
ไม่มี	63	1.27	0.34	t -3.082	0.004**
มี	32	1.60	0.56		
ซีมีเศร้า/ละเหี่ยใจ					
ไม่มี	64	1.37	0.47	t -0.401	0.689
มี	31	1.40	0.41		
ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ					
ไม่มี	65	1.27	0.33	t -3.033	0.004**
มี	30	1.61	0.57		
ประสาทหลอน					
ไม่มี	66	1.25	0.34	t -3.809	<0.01**
มี	29	1.67	0.54		
ความคิดหลงผิด					
ไม่มี	67	1.29	0.38	t -2.853	0.007**
มี	28	1.60	0.53		
อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ/คร่ำใจ					
ไม่มี	87	1.36	0.44	t -1.280	0.204
มี	8	1.57	0.54		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 19 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ Independent *t* - test และ One-way ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q ด้านจำนวนอาการที่พบ ความรุนแรงของอาการและความทุกข์ใจของผู้ดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยอาการที่พบจากแบบสอบถามได้แก่ กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว พฤติกรรมแปลก ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ ประสาทหลอน ความคิดหลงผิด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยอาการที่พบจากแบบสอบถามได้แก่ ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์และความไม่ยับยั้งชั่งใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนน RAWS-CV (Post hoc comparison) ในส่วนของจำนวนอาการที่พบด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบอาการกับกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการ 4 – 6 อาการ มีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบอาการกับกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการ 7 – 12 อาการ มีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ กลุ่มตัวอย่างที่พบอาการ 1 – 3 อาการกับกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการ 4 – 6 อาการ มีค่าคะแนน RAWS-CV

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการ 1 – 3 อาการกับกลุ่มตัวอย่างที่พบอาการ 7 – 12 อาการ มีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

ค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนน RAWS-CV กับความรุนแรงของอาการก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ จากการเปรียบเทียบความแตกต่าง (Post hoc comparison) ด้วยวิธี Tukey HSD โดยค่าเฉลี่ยจากกลุ่มที่มีความรุนแรงในระดับน้อยจะแตกต่างกับความกลุ่มที่มีความรุนแรงในระดับสูงกว่าทั้งปานกลางและระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนน RAWS-CV (Post hoc comparison) ในส่วนของความทุกข์ใจของผู้ดูแลด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลมีความทุกข์ใจในระดับน้อยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ดูแลมีความทุกข์ใจในระดับสูง มีค่าคะแนน RAWS-CV แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$



ส่วนที่ 4: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ตารางที่ 20. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนน RAWS-CV	
	R	P - value
ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล		
อายุ	-0.029	0.784
จำนวนบุตร	-0.011	0.913
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-0.139	0.178
จำนวนผู้ดูแล	-0.025	0.809
รายได้ต่อเดือน	-0.77	0.525
ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย		
ระยะเวลาที่ป่วย	0.249	0.015*
คะแนนของแบบทดสอบ TMSE	-0.184	0.074
คะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL	-0.085	0.413
คะแนนของแบบประเมิน Chula ADL	-0.104	0.315
ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล		
อายุ	-0.141	0.173
จำนวนบุตร	-0.137	0.184
รายได้	0.124	0.301
เวลาที่ใช้ดูแล	-0.070	0.498
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	0.125	0.229
เวลาที่ใช้พักผ่อน	-0.099	0.396
คะแนนจาก ZBI	0.328	0.001**
ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q		
จำนวนอาการที่พบ	0.488	<0.001**
ความรุนแรงของอาการ	0.518	<0.001**
ความทุกข์ใจของผู้ดูแล	0.480	<0.001**

*Correlation is significant at 0.05 (2-tailed)

**Correlation is significant at 0.01 (2-tailed)

จากตารางที่ 20 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยข้อมูลผู้ดูแลกับค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลและรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน RAWS-CV อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.249 ในขณะที่คะแนนของแบบทดสอบ TMSE

แบบประเมิน Barthel ADL และ Chula ADL มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน RAWS-CV อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร เวลาที่ใช้ดูแล เวลาที่ใช้พักผ่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน RAWS-CV อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนความรู้สึกเป็นภาระ ZBI มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.328

ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q ได้แก่ จำนวนอาการที่พบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.488 ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.518 ความทุกข์ใจของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.480

ส่วนที่ 5: ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis และ Linear Regression Analysis

5.1 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจากประวัติที่ให้โดยผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis

ตารางที่ 21. แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยใช้สถิติ Logistic Regression วิธี Forward Stepwise (Likelihood Ratio) (n = 95)

ตัวแปร	B	S.E. (B)	P - value	Adjusted OR	95% CI of adjusted OR
ระยะเวลาที่ป่วย (มากกว่า 4 ปีขึ้นไป)	2.144	0.650	0.001*	8.533	2.385 – 30.525
NPI-Q มีอาการประสาทหลอน	1.504	0.613	0.014*	4.501	1.353 – 14.973
NPI-Q มีอาการเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว	1.485	0.601	0.013*	4.413	1.360 – 14.321
NPI-Q มีความไม่ยับยั้งชั่งใจ	1.291	0.601	0.032*	3.635	1.119 – 11.808
ค่าคงที่	-4.214	0.854	< 0.001*		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 21 เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ที่ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ ด้วยวิธี Forward stepwise likelihood ratio แล้ว พบว่าปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย (มากกว่า 4 ปีขึ้นไป) adjusted odd ratio = 8.533 เท่า (95% CI 2.385 – 30.525) การมีอาการประสาทหลอน adjusted odd ratio = 4.501 เท่า (95% CI 1.353 – 14.973) การมีอาการเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว adjusted odd ratio = 4.413 เท่า (95% CI 1.360 – 14.321) การมีความไม่ยับยั้งชั่งใจ adjusted odd ratio = 3.635 เท่า (95% CI 1.119 – 11.808)

จากการวิเคราะห์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ป่วยมากกว่า 4 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 8.5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระยะเวลาป่วยน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการประสาทหลอนมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 4.5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา

พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 4.4 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไม่ยับยั้งซึ่งใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 3.6 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจากค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมิน RAWs-CV โดยใช้สถิติ Linear Regression Analysis

ตารางที่ 22. แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยใช้การสถิติ Multiple Linear Regression ด้วยวิธี Stepwise (n = 95)

ตัวแปร	B	S.E.	t	P - value	R ²
ความรุนแรงของอาการจาก NPI-Q	0.492	0.118	4.161	<0.001**	0.601
ระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแล NPI-Q	0.292	0.125	2.342	0.021*	0.332
NPI-Q มีอาการประสาทหลอน	0.267	0.076	3.493	0.001**	0.274
มีโรคประจำตัวอื่น ๆ	0.305	0.091	3.340	0.001**	0.255
NPI-Q ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ	0.230	0.078	2.936	0.004**	0.239
ได้รับยา Memantine (Cognitive Enhancer)	0.247	0.088	2.812	0.006**	0.216
ค่าคงที่	1.156	0.116	9.969	<0.001**	

*P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 22 เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ linear regression analysis ด้วยวิธี stepwise พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้ คือ การได้รับยา Cognitive Enhancer ชนิด Memantine สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 21.6 ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Memantine ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจะเพิ่มขึ้นจากค่า RAWs-CV ที่เพิ่มขึ้น 0.247 คะแนน

ขณะที่การมีความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.9 แบบสะสม ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 25.5 แบบสะสมคือถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจะมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกปัจจัยหนึ่งคือ การมีอาการประสาทหลอนสามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้เป็นร้อยละ 27.4 ในส่วนของระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลจากแบบสอบถาม NPI-Q สามารถทำนายปัญหาการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงบวกคือถ้าระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลมากขึ้น ค่าคะแนน RAWs-CV จะเพิ่มขึ้นแปลว่าความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเพิ่มขึ้นโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 33.2 แบบสะสม ปัจจัยสุดท้ายคือความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมที่ได้จากแบบสอบถาม NPI-Q ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการโดยรวมมากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 60.1 แบบสะสมเมื่อใช้ทำนายร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ในตาราง



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีผู้ดูแลที่เข้ามาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 95 คน เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากเวชระเบียน ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (RAWS-CV) แบบสอบถาม NPI-Q แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) และแบบประเมินภาวะของผู้ดูแล (ZBI)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการบรรยายลักษณะข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ใช้สถิติ independent t - test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากแบบประเมิน RAWS-CV ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยที่ศึกษา ใช้สถิติ Logistic regression analysis และสถิติ Multiple linear regression analysis เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($P < 0.05$)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.5 มีอายุระหว่าง 81 - 90 ปี ร้อยละ 43.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 79.1 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านและเขียนได้ดี ร้อยละ 84.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.7 มีจำนวนบุตร 3 คน ร้อยละ 26.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า มีภูมิลำเนาเดิมในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 56.8 และมีที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 92.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเกษียณอายุแล้ว ร้อยละ 96.8 โดยมีอาชีพเดิมได้แก่ ค้าขาย ร้อยละ 25.3 และรับราชการ ร้อยละ 21.1 เป็นต้น

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้านของตัวเอง ร้อยละ 67.4 มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 4 คน ร้อยละ 48.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ร้อยละ 86.3 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุหรือองค์กรใด ๆ ร้อยละ 91.6 และส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 84.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้จากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 69.5 รายได้ต่อเดือนประมาณ 10,000 - 30,000 บาท ร้อยละ 25.3 ค่าเฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 12,264.29 บาทแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ได้แก่ บำนาญ ร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ารายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.9 และใช้สิทธิข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 55.8

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease (AD) มากที่สุด ร้อยละ 55.8 และ Vascular Dementia (VaD) ร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.2 มีระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.8 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ร้อยละ 83.2 และไม่มีประวัติของโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 86.3 จากการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย พบว่ายาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Cholinesterase Inhibitors ร้อยละ 66.3 และยาต้านเศร้า ร้อยละ 64.2 จากการทดสอบ ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมองเบื้องต้น (TMSE) ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.9 คะแนน ส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในช่วง 19 – 23 (Mild Dementia) ร้อยละ 37.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL เฉลี่ยอยู่ที่ 15.8 คะแนน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 12 – 20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย) ร้อยละ 83.2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนน Chula ADL เฉลี่ยอยู่ที่ 4.2 คะแนน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนในช่วง 0 – 4 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง) ร้อยละ 60.0

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลของผู้ดูแล จำนวน 95 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 มีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 83 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 55 – 70 ปี ร้อยละ 40.0 ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 55.7 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 47.4 ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร ร้อยละ 54.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า มีภูมิลำเนาเดิมและที่อยู่ปัจจุบันในจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 70.5 และร้อยละ 93.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทำงาน ร้อยละ 55.8 โดยเป็นพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 14.7 มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 35.8 แหล่งของรายได้คือเงินเดือน ร้อยละ 36.8 ความเพียงพอรายได้ ส่วนใหญ่ตอบว่าเพียงพอ ร้อยละ 82.1 มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวรวมสมองเสื่อม ร้อยละ 67.4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 56.8 เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวันมากกว่า 20 – 24 ชั่วโมง ร้อยละ 45.3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมานานน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 27.4 โดยมีเวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อนเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 11 – 30 ชั่วโมง ร้อยละ 35.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ดูแลเพียงคนเดียว ร้อยละ 48.4 และผู้ดูแลมีระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ (ZBI) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.6 โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคะแนน 0 – 20 คะแนน (ไม่มีภาระการดูแล) ร้อยละ 56.8

4. ข้อมูลจากแบบประเมิน RAWS-CV

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.38 โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน ร้อยละ 81.1 ในส่วนของค่าเฉลี่ยในส่วนของค่าเฉลี่ยจากแต่ละมาตรวัดย่อยมีดังนี้ PW: การเดินไม่หยุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 คะแนน โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน ร้อยละ 34.7 RW: การเดินเข้าไปเข้ามา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 คะแนน โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ร้อยละ 64.2 EB: การหนีออกนอกบริเวณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 คะแนน โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ร้อยละ 50.5 SD: การหลงสถานที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 คะแนน โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ร้อยละ 83.2 NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 คะแนน โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ถึง 2 คะแนน ร้อยละ 62.1 MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 คะแนน โดยส่วนใหญ่ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ร้อยละ 84.2

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือเคยพลัดหลงออกจากบ้าน ร้อยละ 23.2 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือเคยพลัดหลงออกจากบ้าน ร้อยละ 76.8



2180771235

CT :Thesis 6074264230 thesis / recv : 22072562 09:30:34 / seq: 13

5. ข้อมูลจากแบบสอบถาม NPI-Q

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 90.5 พบว่ามีอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรม โดยพบ 1 – 3 อาการ ร้อยละ 33.7 และ 4 – 6 อาการ ร้อยละ 36.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 78.9 มีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.8 และมีความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 5.3 สร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลในระดับน้อย ร้อยละ 86.3 สร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.4 และสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลในระดับสูง ร้อยละ 5.3

เมื่อแบ่งคะแนนตามอาการจาก 12 อาการ พบว่าส่วนใหญ่พบอารมณ์หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมากที่สุด ร้อยละ 61.1 อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ/คร่ำครวใจ พบได้น้อยที่สุด ร้อยละ 8.4

6. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง

6.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ได้แก่ สิทธิการรักษา การได้รับการรักษาด้วยยา Cognitive Enhancer ชนิด Memantine รวมถึงที่อยู่ปัจจุบันของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำนวนของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมที่พบ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ $P < 0.05$ ส่วนระยะเวลาที่ป่วย การพบอาการกระสับกระส่าย/ก้าวร้าว, ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์, ความไม่ยับยั้งชั่งใจ, และอาการประสาทหลอน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

6.2 เมื่อใช้สถิติ t - test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษากับค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV พบว่า ปัจจัยด้านยาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามียาต้านเศร้า รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลและผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและระดับความรู้สึกเป็นภาระ จำนวนอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมที่พบ ความรุนแรงของอาการและความทุกข์ใจของผู้ดูแล อาการกระสับกระส่าย/ก้าวร้าว พฤติกรรมแปลก ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ ประสาทหลอน ความคิดหลงผิด มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV กับปัจจัยข้อมูลการเจ็บป่วยในส่วนของกรณีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับการรักษาด้วย Memantine ยาต้านโรคจิต ยาแก้นชักและคะแนนของแบบประเมิน Barthel ADL อายุผู้ดูแล ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ และความไม่ยับยั้งชั่งใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

6.3 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับค่าเฉลี่ยคะแนน RAWS-CV ด้วยการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ คะแนนความรู้สึกเป็นภาระ ZBI มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 จำนวนอาการที่พบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.488 ความรุนแรงของอาการและความทุกข์ใจของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน RAWS-CV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

7. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis และ Linear Regression Analysis

7.1 ปัจจัยเสี่ยงจากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression analysis ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยมากกว่า 4 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 8.5 เท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการประสาทหลอนมีความ

เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 4.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 4.4 การมีอาการไม่ยับยั้งชั่งใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเป็น 3.6 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 ปัจจัยทำนายจากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายวิเคราะห์ด้วยสถิติ linear regression ได้แก่ คือ การได้รับยา Cognitive Enhancer ชนิด Memantine สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 21.6 ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Memantine มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจะเพิ่มขึ้นจากค่า RAWs-CV ที่เพิ่มขึ้น 0.247 คะแนน เมื่อเพิ่มตัวแปรการมีความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติสามารถพยากรณ์ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.9 เมื่อเพิ่มปัจจัยการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ สามารถพยากรณ์ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.5 ความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงบวกคือถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจะมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยการมีอาการประสาทหลอนเพิ่มการพยากรณ์ได้เป็นร้อยละ 27.4 และเมื่อเพิ่มปัจจัยระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลจากแบบสอบถาม NPI-Q สามารถพยากรณ์ปัญหาการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.2 ความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงบวกคือถ้าระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลมากขึ้น ค่าคะแนน RAWs-CV จะเพิ่มขึ้นแปลว่าโอกาสการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายเพิ่มขึ้น สุดท้ายคือปัจจัยความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมที่ได้จากแบบสอบถาม NPI-Q ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการโดยรวมมากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากขึ้น โดยสามารถพยากรณ์ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้วได้ร้อยละ 60.1

การอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายซึ่งรายงานโดยผู้ดูแล ร้อยละ 23.2 ในขณะที่พบได้ร้อยละ 82.1 จากแบบประเมิน RAWs-CV โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมิน RAWs-CV อยู่ที่ 1.38 คะแนน ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพศชาย มีค่าเฉลี่ย RAWs-CV อยู่ที่ 1.31 คะแนน และเพศหญิงมีค่าเฉลี่ย RAWs-CV อยู่ที่ 1.41 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1 คะแนน แปลว่า ผู้ดูแลตอบว่าผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมใด ๆ ใน 39 ข้อคำถามในแบบประเมินเลย จำนวนผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1 คะแนน ร้อยละ 17.9 ค่าเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 คะแนน PW: การเดินไม่หยุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 คะแนน RW: การเดินเข้าไปเข้ามา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 คะแนน EB: การหนีออกนอกบริเวณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 คะแนน SD: การหลงสถานที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 คะแนน MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 คะแนน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายจากแบบประเมิน RAWs-CV มีความชุกสูงกว่าจากการรายงานของผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลอาจเห็นว่าเป็นเพียงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพียงเล็กน้อย ยังไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นปัญหาหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

แสดงให้เห็นว่า NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสียเป็นมาตรวัดย่อยที่เป็นปัญหาที่สุด โดยผู้ดูแลของผู้มีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายส่วนใหญ่ตอบว่า ผู้ป่วยมักมีการหกล้มเมื่อเดินตามลำพัง และที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงรุนแรง นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังให้ข้อมูลว่าเมื่อเดินตามลำพังผู้ป่วยมีเดินชนสิ่งกีดขวางและบุคคลอื่น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่ามีประวัติปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ค่าเฉลี่ยในส่วนของ EB: การหนีออกนอกบริเวณของกลุ่มที่มีประวัติฯ มีค่าสูงที่สุด เท่ากับ 2.08 ถัดมาคือ



2130771235

CT :Thesis 6074264230 thesis / revc: 22072562 09:30:34 / seq: 13

NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 และ RW: การเดินเข้าไปเข้ามา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายพบว่าค่าเฉลี่ยในส่วนของ NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสียมีค่ามากที่สุด คือ 1.46 และ PW: การเดินไม่หยุด เป็นลำดับถัดมาคือ 1.39

ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Algase et al (2004)⁽²¹⁾ ที่ศึกษาผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีรัฐทางภาคตะวันตกตอนกลางของประเทศสหรัฐอเมริกา (n = 266) พบว่าค่าเฉลี่ยของ RAWS-CV อยู่ที่ 2.06 โดยค่าเฉลี่ยของแต่ละมาตรวัดย่อยเรียงตามลำดับได้แก่ NO: ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 คะแนน PW: การเดินไม่หยุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 คะแนน RW: การเดินเข้าไปเข้ามา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 คะแนน EB: การหนีออกนอกบริเวณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.06 คะแนน SD: การหลงสถานที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 คะแนน MI: การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.72 คะแนน ซึ่งพบว่าการเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากแต่ละมาตรวัดย่อยเป็นไปในแบบเดียวกันคือ NO หรือผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และ MI หรือการหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบความชุกของการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากถึงร้อยละ 55 โดยแบ่งระดับของการมีพฤติกรรมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่มีพฤติกรรมมา (2) มีพฤติกรรมมา เป็นบางครั้ง (3) มีพฤติกรรมมา แต่ไม่ปัญหา และ (4) มีพฤติกรรมและเป็นปัญหา การศึกษาผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของประเทศอังกฤษโดย Hope, Tilling & Fairburn (1994)⁽¹⁷⁾ พบความชุกของพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ร้อยละ 63 ในขณะที่การศึกษาที่สหรัฐอเมริกาโดย Klien et al (1999)⁽²⁶⁾ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่อาศัยในชุมชนที่มากที่สุดยี่สิบเจ็ดแห่งทางจิตประสาทของมหาวิทยาลัย Johns Hopkins พบว่าความชุกของพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายร้อยละ 17.4

นอกจากนี้ผลการศึกษายังใกล้เคียงกับการศึกษาโดย Jeong, Song and Park (2016) ที่พบความชุกของพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนในประเทศเกาหลีใต้เท่ากับร้อยละ 30 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนน RAWS-CV ในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า เท่ากับ 1.98 และ กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1.42 โดยสามารถเรียงลำดับคะแนนตามมาตรวัดย่อยได้ในแบบเดียวกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นั่นคือ NO หรือผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 1.55 และ MI หรือการหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 1.19

ผลการศึกษาเรื่องความชุกของพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Barrett et al (2017)⁽¹⁹⁾ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างคือทหารผ่านศึกที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (n = 143) โดยศึกษาในระยะเวลา 2 ปี พบความชุกร้อยละ 26.1 โดยมีค่าเฉลี่ยของแบบประเมิน RAWS-CV เท่ากับ 1.37 โดยคะแนนเฉลี่ยของมาตรวัดย่อยที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ RW เท่ากับ 1.51 และค่าต่ำสุดได้แก่ MI เท่ากับ 1.21

นอกจากนี้ มีการศึกษาความชุกของพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายที่ผ่านมาโดย Yang, Hwang and Kwak (2014)⁽³¹⁾ พบอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 18.7 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในชุมชนที่ไม่ใช่ยาในประเทศเกาหลีใต้ และเมื่อเทียบกับการศึกษาแบบระยะยาวโดย Devanand et al (1997)⁽²⁴⁾ พบความชุกร้อยละ 38.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.9 เมื่อเข้าปีที่ 3

ทั้งนี้ ความชุกที่พบในอัตราต่างกันในแต่ละการศึกษาระหว่างร้อยละ 17.4 ถึงร้อยละ 63 อาจจะมีสาเหตุมาจากการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายที่ต่างกัน จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ช่วงเวลาและกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจากสถานที่ต่างกัน เช่น ผู้อยู่ในสถานพยาบาล หรือผู้อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการศึกษานี้ได้เก็บตัวอย่างเฉพาะผู้ที่มาตรวจในคลินิกที่มาพร้อมกับผู้ดูแลและครอบครัวดูแลใกล้ชิด ในขณะที่บางการศึกษาในต่างประเทศเก็บตัวอย่างจากผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจไม่ได้รับการดูแลเหมือนผู้ที่ได้รับการรักษาในคลินิก



2190771235

CD iThesis 6074264230 thesis / rev: 22072562 09:30:34 / seq: 13

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย พบว่า สิทธิการรักษของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมโดยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มีความชุกของการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากกว่า การเบิกค่าใช้จ่ายได้อาจมีผลเกี่ยวข้องกับการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยระยะเวลาที่ป่วยมากกว่า 4 ปีขึ้นไปพบพฤติกรรมฯ มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Klein et al (1999)⁽²⁶⁾ ที่พบว่ามีระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการพบปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย และ Devanand et al (1997)⁽²⁴⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมฯ มีมากขึ้นเมื่อเข้าปีที่ 3

ปัจจัยเรื่องยาที่ได้รับการรักษามี Cognitive Enhancer คือ Memantine พบว่าเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย การศึกษาโดย Tible et al (2017)⁽⁴³⁾ พบว่า Memantine มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาพฤติกรรมกระสับกระส่าย หลงผิด และประสาทหลอนได้ซึ่งทางแพทย์อาจเลือกใช้รักษาผู้ที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงของการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย และโดยปกติมักให้การรักษาด้วยยาชนิดนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะ moderate จนถึง severe หรือผู้ป่วยที่ตอบสนองไม่ดีต่อ Acetylcholinesterase inhibitors ตัวอื่น ๆ

ปัจจัยเรื่องยาที่ได้รับมียาต้านโรคจิต ยาต้านเศร้า และยากันชัก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยเฉพาะยาต้านโรคจิตที่ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Kiely & Flacker (2000)⁽⁴⁴⁾ และ Schonfeld et al (2007)⁽⁴⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้มากกว่า หรือในทางกลับกัน ผู้ป่วยอาจมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมาก แพทย์ที่ทำการรักษาจึงตัดสินใจให้ยากลุ่มนี้

ปัจจัยเรื่องอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรม พบว่า ความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานในต่างประเทศ ซึ่งใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการวัดปัญหาพฤติกรรม Devanand et al (1997)⁽²⁴⁾ ศึกษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ระยะเริ่มต้น พบว่า ปัญหาพฤติกรรมกระสับกระส่ายและความก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Klein et al (1999)⁽²⁶⁾ พบว่าปัญหา BPSD ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้า ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน และความผิดปกติในการนอน มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมมีความเสี่ยงมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Yang, Hwang, Kwak (2014)⁽³¹⁾ Martin et al (2015)⁽³²⁾ และ Jeong, Song, Park (2016)⁽³³⁾ ที่พบว่าการมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ยับยั้งชั่งใจ มีภาวะซึมเศร้า และความคิดหลงผิด มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดมีความสัมพันธ์กับการพยายามหนีออกจากบ้านเพราะอาจคิดว่าไม่ใช่บ้านของตัวเอง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ยับยั้งชั่งใจเมื่อเกิดอาการไม่สบายตัวหรือเกิดสิ่งรบกวนอาจไม่สามารถอดทนได้จึงแสดงออกด้วยการเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย Lyketsos et al (1997)⁽⁴⁶⁾ พบความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด AD

ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยพบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย โดยกลุ่มผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า ได้แก่ บุตร/ธิดา สามภรรยา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ใกล้ชิดน้อยกว่า ได้แก่ ญาติ พี่น้อง หลาน ผู้ดูแลที่จ้างมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมีพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้

จุดหมายมากกว่า ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดจากความห่วงกังวล และความรู้สึกที่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเองเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น

ปัจจัยการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย สอดคล้องผลการศึกษาโดย King-Kallimanis et al (2010)⁽⁴⁷⁾ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

ในด้านความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview ที่มีค่ามากมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยเกษียณหรือใกล้เกษียณ ซึ่งการที่ต้องคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยและล้า และคิดว่า การดูแลนี้เป็นภาระสำหรับตนเอง เช่นเดียวกับระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลที่ได้จากแบบสอบถาม NPI-Q ที่พบว่าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้

ปัจจัยด้านความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่วัดจาก Barthel ADL มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาโดย Barrett et al (2017)⁽¹⁹⁾ ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างทหารผ่านศึกที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบระยะยาวในช่วงเวลา 2 ปี พบว่าความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมฯ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล จึงมีอิสระที่จะเดินไปมาหรือออกไปนอกบ้านได้เองมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยตลอด การศึกษาโดย Song, Lim, Hong (2008) ก็พบความสัมพันธ์ในเชิงลบระหว่างความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย เช่น เดินเองไม่ได้ ปัญหาพฤติกรรมก็จะน้อยลง

ปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พักรักษาตัวในสถานพยาบาล พบว่า ค่าความรู้คิดที่ต่ำ (วัดจากค่าคะแนน MMSE) ทำให้มีโอกาสในการเกิดพฤติกรรมฯ มากขึ้น Kiely et al. (2000)⁽⁴⁴⁾ และ King-Kallimanis et al (2010)⁽⁴⁷⁾ ส่วน Martin et al (2015)⁽³²⁾ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศฝรั่งเศสก็พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกัน ได้แก่ ค่าความรู้คิดที่วัดโดย MMSE สอดคล้องกับการศึกษาโดย Jeong, Song, Park (2016)⁽³³⁾ ในประเทศเกาหลี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้อันพบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนน TMSE กับการเกิดพฤติกรรมฯ อาจเป็นเพราะความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการประเมินระหว่างผู้ปวยรอคิวตรวจ ซึ่งไม่ได้เป็นพื้นที่ที่เงียบและเป็นส่วนตัว จึงอาจทำให้ได้คะแนนที่ไม่ตรงกับสภาวะความเป็นจริงของผู้ป่วยได้ หรืออาจเกิดจากสาเหตุที่ใช้แบบทดสอบ TMSE อาจจะไม่ sensitive กับผู้ป่วย Vascular dementia ที่มักมีความผิดปกติด้าน Executive function มากกว่าโดเมนอื่น ๆ ซึ่งอาจจะได้คะแนนTMSE สูงมากกว่าระดับความสามารถที่แท้จริงได้

ปัจจัยเรื่องเพศ ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Algate (1999)⁽⁴⁸⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาโดย Klein et al (1999)⁽²⁶⁾ ที่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้มากกว่าเพศหญิง

ปัจจัยเรื่องอายุ ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาโดย Song and Algate (2008)⁽³⁰⁾ และ Martin et al (2015)⁽³²⁾ ที่พบว่าผู้มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้มากกว่าผู้มีอายุมากกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาโดย Song JA, Lim YM, Hong GR (2008)⁽²⁹⁾ ยังพบผลที่ตรงข้ามกันคือ ผู้ที่อายุมากกว่ามีความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายได้มากกว่า

ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาและการรู้หนังสือ ไม่พบความสัมพันธ์ การศึกษาส่วนใหญ่ใช้ตัวแปรที่เป็นการวัดระดับความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็นตัวชี้วัดปัจจัยที่เกี่ยวข้องแทนระดับการศึกษา จึงไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยชนิดของโรคสมองเสื่อม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์แต่การศึกษาโดย Klein et al (1999)⁽²⁶⁾ พบความเกี่ยวข้องของการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด Alzheimer Dementia (AD) มากกว่าชนิดอื่น ๆ เช่นเดียวกับ Cooper & Mungas (1993)⁽⁴⁹⁾ ที่พบการเกิดพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด AD มากกว่า Vascula dementia และมักเกิดขึ้นในระยะกลางและระยะสุดท้ายของโรค ในขณะที่การศึกษาโดย Knuffman et al (2001)⁽⁵⁰⁾ พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ DLB มีความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด AD

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายซึ่งรายงานโดยผู้ดูแลร้อยละ 23.2 และพบได้ร้อยละ 82.1 จากแบบประเมิน RAWs-CV โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือ ระยะเวลาที่ป่วยที่มากกว่า 4 ปีขึ้นไป อาการประสาทหลอน เฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว ความไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัจจัยทำนายค่าคะแนน RAWs-CV ได้แก่ ระดับความรุนแรงของผู้ที่มีอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรม ระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลจากแบบประเมิน NPI-Q อาการประสาทหลอน การมีโรคประจำตัว ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ และการได้รับยา memantine

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเพิ่มแนวทางในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อการตระหนักรู้และดูแลป้องกัน ก่อนที่จะเกิดเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองรวมถึงคนในครอบครัวและสังคม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในอนาคต สำหรับการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ข้อจำกัดในการทําวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคสมองเสื่อมและจำกัดเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ อาจมีข้อจำกัด
2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมดได้
3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทำในคลินิกเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาที่พบจึงเป็นผลที่มาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในคลินิกเท่านั้น อาจจะมีข้อจำกัดในการขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน
4. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้แค่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย แต่ยังไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมนี้ได้
5. การศึกษานี้อาจจะยังเก็บข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายไม่ครบถ้วน เช่น ลักษณะบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย งานอดิเรก และระดับ activity เดิมของผู้ป่วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 23.2 มีปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ทั้งนี้อาจจะมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น เรื่องการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บเฉพาะในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามาใช้บริการการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว หากการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยตามชุมชน ก็อาจจะพบผลการศึกษาที่เปลี่ยนไปได้
2. การศึกษานี้อาจจะสามารถนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือในสถานพยาบาลที่มีคลินิกความจำหรือคลินิกเฉพาะทางโรคสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อที่จะสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นเชิงลึกมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น บุคลิกภาพดั้งเดิม และการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม



2130771235

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. WHO dementia factsheet [31 May 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 2561.
3. ศูนย์ข้อมูลคนหาย มูลนิธิกระจกเงา. สถิติผู้สูญหาย 2018 [31 May 2019]. Available from: http://web.backtohome.org/missing_charts.php#).
4. Algase DL, Beattie ERA, Song JA, Milke D, Duffield C, Cowan B. Special Section—Behavioral symptoms of dementia: their measurement and intervention. Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in across cultural sample. *Aging & Mental Health*. 2004;8(2):133-42.
5. American Psychiatric Association. *Neurocognitive Disorder. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. p. 591-643.
6. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers 2018* [cited 2019 May 31]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>.
7. สลิล ศิริอุดมภาส. อัลไซเมอร์ Alzheimer's disease [31 พฤษภาคม 2562]. Available from: <http://haamor.com/th/อัลไซเมอร์/#article109>.
8. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly : A national survey. *Journal of Medical Association of Thailand*. 2001;84(4):461-7.
9. International Psychogeriatric Association. *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) 2012* [cited 2019 May 31]. Available from: <https://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd>.
10. พงศธร เนตรราคม. ปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2017 [31 พฤษภาคม 2562]. Available from: <http://www.psychiatry.or.th/home/index.php/psyarticles/60-news7>.
11. Charernboon T, Phanasathit M. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2014;97(5):560-5.
12. Lovheim H, Sandman PO, Karlsson S, Gustafson Y. Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(4):777-89.
13. NANDA. *Nursing diagnosis: Definitions and classifications*. Philadelphia, PA: NANDA. 2001;2001-2002:206-7.
14. Cipriani G, Lucetti C, Nuti A, Danti S. Wandering and dementia. *Psychogeriatrics*. 2014;14(2):135-42.
15. Thomas DW. Wandering: A Proposed Definition. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995;21(9):35-41.
16. Algase DL, Moore DH, Vandeweerd C, Gavin-Dreschnack DJ. Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering. *Aging Ment Health*. 2007;11(6):686-98.
17. Hope T, Tilling KM, Gedling K, Keene JM, Cooper SD, Fairburn CG. The structure of wandering in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1994;9(2):149-55.
18. Hope T, Keene J, McShane RH, Fairburn CG, Gedling K, Jacoby R. Wandering in dementia: a

longitudinal study. *Int Psychogeriatr*. 2001;13(2):137-47.

19. Blake B, Tatjana B, Susan KS, Stephen LL. Factors Associated With Wandering Behaviors in Veterans With Mild Dementia: A Prospective Longitudinal Community-Based Study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2017;33(2):100-11.

20. Algase DL, R. A. Beattie E, Bogue E-L, Yao L. The Algase wandering scale: Initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2001;16(3):141-52.

21. Algase DL, Son GR, Beattie E, Song JA, Leitsch S, Yao L. The Interrelatedness of Wandering and Wayfinding in a Community Sample of Persons with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2004;17(3):231-9.

22. Elodie M, Nathalia B-D, Jean-Michel A, Dona LA. French Validation of the Revised Algase Wandering Scale for Long-Term Care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2013;30(8):762-7.

23. G-R Son Phd JSYL. Translation and Validation of the Revised-Algase Wandering Scale (Community Version) Among Korean Elders with Dementia. *Aging and Mental Health*. 2006;10(2):143-50.

24. Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, Marder K, et al. The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(3):257-63.

25. Thomas DW. Understanding the wandering patient. A continuity of personality perspective. *J Gerontol Nurs*. 1997;23(1):16-24; quiz 54-5.

26. Klein DA, Steinberg M, Galik E, Steele C, Sheppard J-M, Warren A, et al. Wandering behaviour in community-residing persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999;14(4):272-9.

27. Schreiner AS, Yamamoto E, Shiotani H. Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(3):P180-6.

28. Son GR, Song J, Lim Y. Translation and validation of the Revised-Algase Wandering Scale (community version) among Korean elders with dementia. *Aging Ment Health*. 2006;10(2):143-50.

29. Song JA, Lim YM, Hong GR. Wandering behaviour of persons with dementia in Korea: investigation of related factors. *Aging Ment Health*. 2008;12(3):366-73.

30. Song J-A, Algase D. Premorbid Characteristics and Wandering Behavior in Persons with Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008;22(6):318-27.

31. Yang Y, Huang I, Kwak Y. Neuropsychological characteristics of wandering in patients with drug-naïve Alzheimer's disease. *Dement Neurocogn Disord*. 2014(13):74-8.

32. Martin E, Biessy-Dalbe N, Albaret JM, Algase DL. French Validation of the Revised Algase Wandering Scale for Long-Term Care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2015;30(8):762-7.

33. Jeong JG, Song JA, Park KW. A Relationship between Depression and Wandering in Community-Dwelling Elders with Dementia. *Dement Neurocognitive Disord*. 2016;15(1):1-6.

34. Ali N, Luther SL, Volicer L, Algase D, Beattie E, Brown LM, et al. Risk assessment of wandering behavior in mild dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(4):367-74.

35. Nelson A, Algase DL. Evidence-based protocols for managing wandering behaviors. *New*

York: Springer Pub. Co.; 2007. xxvi, 452 p. p.

36. Hemrungron S. Neuropsychiatric inventory questionnaire Thai version (NPI-Q Thai). The Annual Meeting of the Royal College of Psychiatrists of Thailand; Bangkok: Royal College of Psychiatrists of Thailand; 2011.

37. Kaufer D CJ, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*. 2000(12):233-9.

38. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

39. Mahony F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 1965;14:61-5.

40. Jitapunkul S, Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a New Index. *Age and Ageing*. 1994;23:97-101.

41. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*. 2536;45(6):359-74.

42. อรวรรณ แผนคง. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2547.

43. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord*. 2017;10(8):297-309.

44. Kiely DK, Flacker JM. Resident characteristics associated with mortality in long-term care nursing homes: is there a gender difference? *J Am Med Dir Assoc*. 2000;1(1):8-13.

45. Schonfeld L, King-Kallimanis B, Brown LM, Davis DM, Kearns WD, Molinari VA, et al. Wanderers with cognitive impairment in Department of Veterans Affairs nursing home care units. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):692-9.

46. Lyketsos CG, Steele C, Baker L, Galik E, Kopunek S, Steinberg M, et al. Major and minor depression in Alzheimer's disease: Prevalence and impact. *J Neuropsych Clin N*. 1997;9(4):556-61.


47. King-Kallimanis B, Schonfeld L, Molinari VA, Algase D, Brown LM, Kearns WD, et al. Longitudinal investigation of wandering behavior in Department of Veterans Affairs nursing home care units. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(2):166-74.


48. Algase DL. Wandering in dementia. *Annu Rev Nurs Res*. 1999;17:185-217.

49. Cooper JK, Mungas D. Risk factor and behavioral differences between vascular and Alzheimer's dementias: the pathway to end-stage disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1993;6(1):29-33.

50. Knuffman J, Mohsin F, Feder J, Grossberg GT. Differentiating between lewy body dementia and Alzheimer's disease: a retrospective brain bank study. *J Am Med Dir Assoc*. 2001;2(4):146-8.

ภาคผนวก

 CT IThesis 6074264230 thesis / recv: 22072562 09:30:34 / seq: 13
2130771235

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 1/4

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวราวดี เหมรัตน์
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4298, 0861659492
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ออย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งที่พบมากขึ้นตามอายุ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านความจำ ความคิด อันเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ อาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสามารถพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากอาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวนผู้ดูแล พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล แล้ว อาการที่นับว่าเป็นปัญหาที่ได้รับการถกเถียงกันว่าพบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายและเป็นภาระค่าใช้จ่ายหนักที่สุด คือ พฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) ซึ่งคือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเดินหลง เดินเข้าไปเข้ามา ผลกระทบด้านลบของพฤติกรรมนี้ได้แก่ การลี้ม การพลัดหลงออกนอกบ้านและสูญหาย การได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กระจกหัก และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยสำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือ 99 คน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/4

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามและแบบประเมินซึ่งประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง มี 3 ส่วน จำนวน 43 ข้อ
ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย มีจำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3 ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล มีจำนวน 17 ข้อ
2. แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Revised Gase Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV) มีจำนวน 39 ข้อ
3. แบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) มีจำนวน 12 ข้อ
4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) มีจำนวน 10 ข้อ
5. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) มีจำนวน 5 ข้อ
6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) มี 6 ส่วนจำนวน 22 ข้อ
7. แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) จำนวน 22 ข้อ


โดยจะใช้เวลาในการทำทั้งหมดประมาณ 45-60 นาทีที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 และ 3 ผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย RAWS-CV แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) และแบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถาม แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจได้รับความไม่สะดวกหรือเสียเวลาต่อการตอบแบบสอบถามและอาจเกิดความไม่สบายใจต่อข้อคำถามในเอกสารนั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านและบุคคลที่สามซึ่งถูกอ้างถึงในการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบของการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและมีสิทธิที่จะไม่ยอมตอบโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/4

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการหาทางรักษาและช่วยเหลือ และเพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยท่านจะไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย นางสาวราวดี เหมรัตน์ โทร. 0861659492 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี


การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ท่านไม่สามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/4

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวราวดี เหมรัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดย
ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail :medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-04/5.0 หน้า 1/4

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวราวตี เหมรัตน์
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4298, 0861659492
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

เรียน ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ญาติของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากญาติของท่านเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะให้ญาติของท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งที่พบมากขึ้นตามอายุ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านความจำ ความคิด อันเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ อาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสามารถพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากอาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวนผู้ดูแล พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล แล้ว อาการที่นับว่าเป็นปัญหาที่ได้รับการถกเถียงกันว่าพบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายและเป็นภาระค่าใช้จ่ายหนักที่สุด คือ พฤติกรรมการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) ซึ่งคือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเดินหลง เดินเข้าไปเข้ามา ผลกระทบด้านลบของพฤติกรรมนี้ได้แก่ การลี้ม การพลัดหลงออกนอกบ้านและสูญหาย การได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กระจกหัก และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยสำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือ 99 คน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/4

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากญาติของท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามและแบบประเมินซึ่งประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง มี 3 ส่วน จำนวน 43 ข้อ
ส่วนที่ 1 ัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 2 ัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย มีจำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3 ัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล มีจำนวน 17 ข้อ
2. แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Revised Gase Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV) มีจำนวน 39 ข้อ
3. แบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) มีจำนวน 12 ข้อ
4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) มีจำนวน 10 ข้อ
5. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) มีจำนวน 5 ข้อ
6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) มี 6 ส่วนจำนวน 22 ข้อ
7. แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) จำนวน 22 ข้อ

โดยจะใช้เวลาในการทำทั้งหมดประมาณ 45-60 นาทีที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 และ 3 ผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย RAWS-CV แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) และแบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถาม แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง


ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับญาติของท่านระหว่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจได้รับความไม่สะดวกหรือเสียเวลาต่อการตอบแบบสอบถามและอาจเกิดความไม่สบายใจต่อข้อคำถามในเอกสารนั้น

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านและบุคคลที่สามซึ่งถูกอ้างถึงในการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบของการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและมีสิทธิที่จะไม่ยินยอมตอบโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/4

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการหาทางรักษาและช่วยเหลือ และเพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยท่านจะไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย นางสาวราวดี เหมรัตน์ โทร. 0861659492 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี


การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ท่านไม่สามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่น่านำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 4/4

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวราวดี เหมรัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของญาติของท่านจะไม่ ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของญาติของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และญาติของท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของญาติของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail :medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ญาติ/ผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 1/4

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวราวดี เหมรัตน์
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4298, 0861659492
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


เนื่องจากที่ท่านเป็นญาติ/ผู้ดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อีกครั้ง เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าท่านจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งที่พบมากขึ้นตามอายุ เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านความจำ ความคิด อันเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ อาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสามารถพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากอาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวนผู้ดูแล พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล แล้ว อาการที่นับว่าเป็นปัญหาที่ได้รับการถกเถียงกันว่าพบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายและเป็นภาระค่าใช้จ่ายหนักที่สุด คือ พฤติกรรมการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) ซึ่งคือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเดินหลง เดินเข้าไปเข้ามา ผลกระทบด้านลบของพฤติกรรมนี้ได้แก่ การลี้ภัย การพลัดหลงออกนอกบ้านและสูญหาย การได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กระจกหัก และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยสำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือ 99 คน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ญาติ/ผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/4

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากญาติของท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามและแบบประเมินซึ่งประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง มี 3 ส่วน จำนวน 43 ข้อ
ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย มีจำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3 ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล มีจำนวน 17 ข้อ
2. แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Revised Gase Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV) มีจำนวน 39 ข้อ
3. แบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) มีจำนวน 12 ข้อ
4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) มีจำนวน 10 ข้อ
5. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) มีจำนวน 5 ข้อ
6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) มี 6 ส่วนจำนวน 22 ข้อ
7. แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) จำนวน 22 ข้อ

โดยจะใช้เวลาในการทำทั้งหมดประมาณ 45-60 นาทีที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 และ 3 ท่านซึ่งเป็นผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย RAWS-CV แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) และแบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI) ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ให้ท่านตอบคำถาม แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง


ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับญาติของท่านระหว่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจได้รับความไม่สะดวกหรือเสียเวลาต่อการตอบแบบสอบถามและอาจเกิดความไม่สบายใจต่อข้อคำถามในเอกสารนั้น

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านและบุคคลที่สามซึ่งถูกอ้างถึงในการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะรูปแบบของการสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและมีสิทธิที่จะไม่ยอมตอบโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ญาติ/ผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/4

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการหาทางรักษาและช่วยเหลือ และเพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านไม่สะดวกในการตอบคำถาม ท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยท่านจะไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย นางสาวราวดี เหมรัตน์ โทร. 0861659492 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี


การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ท่านไม่สามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ญาติ/ผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/4

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวราวดี เหมรัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของญาติของท่านจะไม่ ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของญาติของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และญาติของท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของญาติของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นญาติ/ผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail :medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-05/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**
The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่.....พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการต่อกรรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย


(นางสาวรวาดิ เหมรัตน์) ชื่อผู้ทำวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-06/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**
The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อ-สกุลผู้แทนโดยชอบธรรม) ที่อยู่.....ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของนาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมให้นาย/นาง/นางสาว.....เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้วยินดีให้นาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (ตัวบรรจง)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 09-06/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย


(นางสาวรวราดี เหมรัตน์) ชื่อผู้ทำวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับญาติ/	AF 09-06/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**
The Prevalence of Wandering Behavior in People with Dementia at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เนื่องจากที่ท่านเป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยมาให้ท่านรับทราบและลงนามยินยอมมีข้อความดังนี้

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับญาติ/ ผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-06/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางสาวราวดี เหมรัตน์) ชื่อผู้ทำวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

วันที่...../...../.....

ลำดับที่.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลคำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความใส่ช่องว่างตามความเป็นจริง**ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม**

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี..... เดือน
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
4. การรู้หนังสือ

<input type="checkbox"/> อ่านและเขียนไม่ได้	<input type="checkbox"/> อ่านได้แต่เขียนไม่ได้	<input type="checkbox"/> อ่านและเขียนได้ดี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
---	--	--	-------------------------------------
5. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า/แยก
6. จำนวนบุตร.....คน
7. ภูมิลำเนาเดิม กรุงเทพฯและปริมณฑล อื่นๆ.....
8. ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯและปริมณฑล อื่นๆ.....
9. อาชีพการทำงานในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน	
<input type="checkbox"/> ทำงานบ้าน (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว(ระบุ).....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
10. อาชีพการทำงานเดิมก่อนอายุ 60

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน	
<input type="checkbox"/> ทำงานบ้าน (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว(ระบุ).....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
11. ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่

<input type="checkbox"/> บ้านของผู้ป่วยเอง	<input type="checkbox"/> บ้านของบุตรหรือธิดา
<input type="checkbox"/> บ้านของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	<input type="checkbox"/> อยู่สถานสงเคราะห์
<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....	
12. สมาชิกในครอบครัว.....คน
13. จำนวนผู้ดูแล.....คน
14. บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต มี ไม่มี
15. บทบาททางสังคม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ
<input type="checkbox"/> ไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมและองค์กรใดๆ	
<input type="checkbox"/> เป็นสมาชิกในชมรมหรือองค์กรอื่นๆ(ระบุ)	
16. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(ระบุ).....
17. รายได้ต่อเดือนแหล่งรายได้.....
18. ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ
19. แหล่งของสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

1. วินิจฉัย.....ค่าคะแนน
TMSE.....
2. โรคประจำตัว.....
3. ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม.....ปี.....เดือน
4. ผู้ป่วยเคยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะหรือโดนกระแทกอย่างรุนแรงหรือไม่ เคย ไม่เคย
5. มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่ มี (ระบุ)..... ไม่มี
6. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมชนิด

<input type="checkbox"/> Alzheimer's disease	<input type="checkbox"/> Vascular dementia
<input type="checkbox"/> AD with CVD	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
7. ยาที่ได้รับการรักษา

Cholinesterase Inhibitors

<input type="checkbox"/> Donepezil (Arizept)	<input type="checkbox"/> Galantamine (Reminyl)
<input type="checkbox"/> Rivastigmine (Exelon)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

Cognitive Enhancer

<input type="checkbox"/> Memantine (Ebixa)	<input type="checkbox"/> Nicergoline (Sermion)
--	--

ยาด้านโรคจิต

<input type="checkbox"/> Haloperidal	<input type="checkbox"/> Risperidone
<input type="checkbox"/> Ziprasidone (Zeldox)	<input type="checkbox"/> Quetiapine (Seroquel)
<input type="checkbox"/> Aripiprazole (Abilify)	<input type="checkbox"/> Olanzapine (Zyprexa)
<input type="checkbox"/> Paliperidone (Invega)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ยาด้านเศร้า

<input type="checkbox"/> Fluoxetine (Prozac, Fulox)	<input type="checkbox"/> Sertraline (Zoloft, Serlift)
<input type="checkbox"/> Escitalopram (Lexapro)	<input type="checkbox"/> Venlafaxine (Effexor XR)
<input type="checkbox"/> Trazodone (Desirel)	<input type="checkbox"/> Amineptine (Stablon)
<input type="checkbox"/> Desvenlafaxine (Pristiq)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ยากันชัก

<input type="checkbox"/> Valproic acid (Depakine)	<input type="checkbox"/> Lamotrigine (Lamictal)
<input type="checkbox"/> Carbamazepine (Tegratal)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ยานอนหลับ

<input type="checkbox"/> Alprazolam (Xanax, Anpress)	<input type="checkbox"/> Clonazepam (Rivotril, Prenapril)
<input type="checkbox"/> Lorazepam (Ativan, Lorazep)	<input type="checkbox"/> Stilnox
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	

วิตามิน

<input type="checkbox"/> Vitamin E	<input type="checkbox"/> Vitamin B complex
<input type="checkbox"/> Folic acid	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี..... เดือน
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า/แยก
5. จำนวนบุตร.....คน
6. ภูมิลำเนาเดิม กรุงเทพฯและปริมณฑล อื่นๆ.....
7. ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯและปริมณฑล อื่นๆ.....
8. อาชีพการทำงานในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน	
<input type="checkbox"/> ทำงานบ้าน (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
9. รายได้ต่อเดือนแหล่งรายได้.....
10. ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ
11. บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต มี ไม่มี
12. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
13. เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
14. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา.....ปี.....เดือน
15. เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อนโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/สัปดาห์
16. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุ).....
17. นอกจากผู้ดูแลหลักแล้ว ผู้ป่วยมีผู้ดูแลทั้งหมดมี.....คน ตามลำดับดังนี้
 - a. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
 - b. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
 - c. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
 - d. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
 - e. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน

แบบประเมินพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย Revised Algate Wandering Scale – Community Version (RAWS-CV)

กรณาวงกลมหมายเลขในช่องที่บ่งชี้ความสามารถและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยให้คะแนน 1 = สำหรับการไม่เคยเกิดขึ้นหรือไม่สามารถ 2 = เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = เกิดขึ้นตลอดเวลา

	1 ไม่เคยเกิดขึ้น /ไม่สามารถ	2 เกิดขึ้น นาน ๆ ครั้ง	3 เกิดขึ้น บางครั้ง	4 เกิดขึ้น บ่อยครั้ง	5 เกิดขึ้น ตลอดเวลา
ก. การเดินไม่หยุด (Persistent Walking: PW)					
ผู้ป่วยลุกเดินไปมาเองบ่อยมาก	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยไปตามที่ต่าง ๆ หลายแห่งระหว่างออกเดิน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยตื่นและเดินไปมาในตอนกลางคืน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินวนไปรอบ ๆ โดยไม่หยุดพัก	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปมาช่วงระหว่างตื่นนอนและมือเช้า	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปเรื่อย ๆ อย่างไม่มีจุดประสงค์	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเปลี่ยนเส้นทางการเดินหลายเส้นทาง	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปมาช่วงระหว่างมือเที่ยงและมือเย็น	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยมักจะเปลี่ยนทิศทางหรือเส้นทางการเดิน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปมาช่วงระหว่างมือเช้าและมือเที่ยง	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินด้วยเหตุผลที่แปลกหรือไม่เหมาะสม	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปมาช่วงระหว่างมือเย็นกับเวลากลางคืน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินแบบไม่มีที่หมายที่ชัดเจน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม	1	2	3	4	5
รวมคะแนนมาตรวัดย่อย ก.					
ข. การเดินไปมาซ้ำ ๆ (Repetitive Walking: RW)					
ผู้ป่วยเดินไปเดินมาซ้ำ ๆ อย่างมากระหว่างสองที่	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเร่งเดินเร็วสลับกับเดินช้า	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินย้อนไปมาระหว่างสองที่ในเส้นทางเดิม	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปในทิศทางเดิมไปเรื่อย ๆ	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยมีการเดินไปยังที่เดิม ๆ ซ้ำ ๆ	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยมีการใช้เส้นทางเดิมซ้ำ ๆ ในการเดิน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเดินไปตามทางอย่างต่อเนื่องเหมือนว่ามีเป้าหมาย	1	2	3	4	5
รวมคะแนนมาตรวัดย่อย ข.					
ค. การหนีออกนอกบริเวณ (Eloping Behavior: EB)					
ผู้ป่วยวิ่งออกไป	1	2	3	4	5
เมื่อเดินตามลำพัง ผู้ป่วยจะเดินเลยจากจุดหมาย	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยพยายามที่จะออกไปข้างนอก	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยมักไปยืนนอกตัวบ้านต้องการจะออกไปข้างนอก	1	2	3	4	5

	1 ไม่เคยเกิดขึ้น /ไม่สามารถ	2 เกิดขึ้น นาน ๆ ครั้ง	3 เกิดขึ้น บางครั้ง	4 เกิดขึ้น บ่อยครั้ง	5 เกิดขึ้น ตลอดเวลา
ผู้ป่วยพยายามที่จะตามหาหรือไปในสถานที่ที่คุ้นเคย แม้ว่าสถานที่นั้นจะไม่มีอยู่จริงแล้วก็ตาม	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยพยายามที่จะออกไปจากที่ของเขา	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยหลงทางอยู่นอกตัวบ้าน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยเข้าไปในบริเวณที่ส่วนตัวของผู้อื่นหรือบริเวณที่ไม่อนุญาตให้เข้าไป	1	2	3	4	5
รวมคะแนนมาตรวัดย่อย ค.					
ง. การหลงสถานที่ (Spatial Disorientation: SD)					
ผู้ป่วยไม่สามารถรู้ตำแหน่งของห้องของตัวเองได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยไม่สามารถรู้ตำแหน่งของห้องน้ำได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยหลงทางภายในบ้าน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยไม่สามารถรู้ตำแหน่งของบริเวณหรือห้องทานอาหารได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
รวมคะแนนมาตรวัดย่อย ง.					
จ. ผลลัพธ์ที่ไม่ดี/ผลเสีย (Negative Outcome: NO)					
เมื่อเดินตามลำพัง ที่ผ่านมาผู้ป่วยมีการหกล้ม	1	2	3	4	5
ที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บรุนแรง	1	2	3	4	5
ที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย	1	2	3	4	5
เมื่อเดินตามลำพัง ผู้ป่วยเดินชนสิ่งกีดขวางหรือบุคคลอื่น	1	2	3	4	5
รวมคะแนนมาตรวัดย่อย จ.					
ฉ. การหุนหันพลันแล่นระหว่างมื้ออาหาร (Mealtime Impulsivity: MI)					
ผู้ป่วยลุกออกไปอย่างอารมณ์ไม่ดีระหว่างมื้ออาหาร	1	2	3	4	5
ระหว่างมื้ออาหารผู้ป่วยพยายามลุกออกจากโต๊ะหรือเดินออกไป	1	2	3	4	5
รวมคะแนนมาตรวัดย่อย ฉ.					

ปัญหาพฤติกรรมเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย

<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้าน	<input type="checkbox"/> มีประวัติเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายหรือพลัดหลงออกจากบ้าน
---	--

Revised Algae Wandering Scale (RAWS) – Community Version

Nelson, A. L. (2007). *Evidence-based protocols for managing wandering behaviors*. Springer Publishing Company.

Please circle the number beside the statement which best describes your family member's current ability or behaviour. Use the following scale:

1 = never or unable; 2 = seldom; 3 = sometimes; 4 = usually; 5 = always.

	1 Never/ unable	2 Seldom	3 Sometimes	4 Usually	5 Always
A. Persistent Walking (PW)					
He/she does a lot of spontaneous walking.	1	2	3	4	5
He/she goes to many different places while walking.	1	2	3	4	5
He/she gets up and walks during the night.	1	2	3	4	5
He/she walks around restlessly.	1	2	3	4	5
He/she walks around between awakening and breakfast.	1	2	3	4	5
He/she walks about aimlessly.	1	2	3	4	5
He/she travels many different routes while walking.	1	2	3	4	5
He/she walks around between lunch and dinner.	1	2	3	4	5
He/she often changes direction or course while walking.	1	2	3	4	5
He/she walks around between breakfast and lunch.	1	2	3	4	5
He/she walks for an odd or inappropriate reason.	1	2	3	4	5
He/she walks around between dinner and bedtime.	1	2	3	4	5
He/she walks without an apparent destination.	1	2	3	4	5
He/she walks during inappropriate times.	1	2	3	4	5
SUBSCALE SCORE					
B. Repetitive Walking (RW)					
He/she walks intensely between two places.	1	2	3	4	5
He/she paces up and down.	1	2	3	4	5
He/she walks back and forth between two places in a repetitive way.	1	2	3	4	5
He/she walks in one continuous direction.	1	2	3	4	5
He/she goes repeatedly to the same location(s) while walking.	1	2	3	4	5
He/she repeatedly travels the same route while walking.	1	2	3	4	5
He/she walks in a continuous route, as if on a track	1	2	3	4	5
SUBSCALE SCORE					
C. Eloping Behaviour (EB)					
He/she runs off.	1	2	3	4	5
While walking alone, he/she walks beyond intended destination.	1	2	3	4	5
He/she attempts to go outside.	1	2	3	4	5
He/she stands at the outdoor wanting to go out.	1	2	3	4	5
He/she attempts to find or go to familiar locations, even unrealistic ones.	1	2	3	4	5
He/she attempts to leave his/her own area	1	2	3	4	5
He/she gets lost outside the house.	1	2	3	4	5

Revised Algae Wandering Scale (RAWS) – Community Version
 Nelson, A. L. (2007). *Evidence-based protocols for managing wandering behaviors*. Springer Publishing Company.

Please circle the number beside the statement which best describes your family member's current ability or behaviour. Use the following scale:
 1 = never or unable; 2 = seldom; 3 = sometimes; 4 = usually; 5 = always.

	1 Never/ unable	2 Seldom	3 Sometimes	4 Usually	5 Always
He/she enters private or unauthorized areas	1	2	3	4	5
SUBSCALE SCORE					
D. Spatial Disorientation (SD)					
He/she cannot locate own room without help.	1	2	3	4	5
He/she cannot locate bathroom without help.	1	2	3	4	5
He/she gets lost inside the house.	1	2	3	4	5
He/she cannot locate dining room without help.	1	2	3	4	5
SUBSCALE SCORE					
E. Negative Outcome (NO)					
While walking alone, he/she has fallen down.	1	2	3	4	5
He/she has been found with some major injury.	1	2	3	4	5
He/she has been found with some minor injury.	1	2	3	4	5
While walking alone, he/she bumps into obstacles or other people.	1	2	3	4	5
SUBSCALE SCORE					
F. Mealtime Impulsivity (MI)					
He/she walks off during meals.	1	2	3	4	5
During meals, he/she tries to leave the table or walks away.	1	2	3	4	5
SUBSCALE SCORE					

Scoring Instructions

1. Calculate the Mean Subscale scores
2. From the mean subscale scores that you have calculate, rank each subscale from 1(highest priority) - 6 (lowest priority)
3. For the top three priority areas, identify the potential risks associated with wandering for that person.

	Subscale score	Mean Subscale score <small>= subscale score/number of items</small>	Priority
Total RAWS-CV score			
Persistent Walking subscale (14 items)			
Repetitive Walking subscale (7 items)			
Eloping Behaviour subscale (8 items)			
Spatial Disorientation subscale (4 items)			
Negative Outcomes subscale (4 items)			
Mealtime Impulsivity subscale (2 items)			

วันที่...../...../.....

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI – Q thai)

ชื่อ.....ที่..... ผู้ตรวจ.....

แบบประเมินนี้แพทย์ควรได้ข้อมูลจากกการซักประวัติจากญาติหรือผู้ดูแลตามแนวทางที่สาธิตไว้ใน video training ไม่ควรให้ผู้ปกครองข้อมูลเอง □1.ผู้ครอง □2.ลูก □3.อื่นๆ(โปรดระบุ)

กรุณาคำถามเพื่อการเปลี่ยนแปลงของอาการตั้งต่อไปนี้ a เช็ก “ไม่มี” เมื่อไม่ปรากฏอาการชัดเจน และ “มี” เมื่อมีอาการปรากฏขึ้นต่อเนื่องในเดือนที่ผ่านมา

b. แต่ละอาการที่ปรากฏให้บ่งชี้ ความรุนแรง ของอาการดังนี้ (1-3) c. ความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อน ของผู้ดูแลต่ออาการนั้น (0-5)C

ความรุนแรง (1-3)

1. ความคิดหลงผิด : ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริงไหม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยพูดบ่อยกว่าจะมีคนมาคอยทำร้ายหรือไม่ยอมออกจากบ้านหรือผู้ป่วยพูดว่าคนในบ้านไม่ใช่คนเดิมที่เขาเคยรู้จักหรือบ้านที่ผู้ป่วยอยู่ไม่ใช่บ้านหลังเดิมที่เขาเคยอยู่ โดยไม่ใช่คิดสงสัยแต่ผู้ป่วยมั่นใจว่าสิ่งที่คิดเป็นจริง 1.a □ไม่มี □มี 1.c ความทุกข์ใจของผู้ดูแล □0 □1 □2 □3 □4 □5	□ 2. ปานกลาง : มีความคิดหลงผิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อน	□ 3. รุนแรง : มีความคิดหลงผิดที่ทำให้เกิดความเดือดร้อนอย่างมาก และเป็นสาเหตุหลักของพฤติกรรมรบกวน (ถ้าจำเป็นต้องกินยาแสดงว่าอาการหลงผิดนี้ อยู่ในขั้นรุนแรงมาก)
2. ประสาทหลอน : ผู้ป่วยเห็นภาพที่ไม่มีอยู่จริงหรือได้ยินเสียงที่ไม่มีอยู่จริง เช่น ภาพหลอน, ชูแวหรือไม่มีสิ่งไม่ใช่เพียงแต่ผู้ป่วยที่กักตัวเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยพูดว่าเพื่อนหรือญาติมีชีวิตอยู่ทั้งที่เพิ่งเสียชีวิตไปเร็วๆ นี้ 2.a □ไม่มี □มี 2.c ความทุกข์ใจของผู้ดูแล □0 □1 □2 □3 □4 □5	□ 2. ปานกลาง : มีประสาทหลอนที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อน	□ 3. รุนแรง : มีประสาทหลอนที่ทำให้เกิดความเดือดร้อนอย่างมากและเป็นสาเหตุหลักของพฤติกรรมรบกวน (ถ้าจำเป็นต้องรับประทานยาแสดงว่าอาการประสาทหลอนนี้อยู่ในขั้นรุนแรงมาก)
3. กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว : มีบางครั้งที่มีผู้ป่วยปฏิเสธที่จะร่วมมือ หรือไม่ยอมให้คนอื่นช่วยเหลือ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือไม่ 3.a □ไม่มี □มี 3.c ความทุกข์ใจของผู้ดูแล □0 □1 □2 □3 □4 □5	□ 2. ปานกลาง : มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย/ก้าวร้าวจนยากที่จะจัดการได้ โดยวิธีเบื้องต้น	□ 3. รุนแรง : มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย/ก้าวร้าวจนยากเป็นปัญหาอาจเป็นอันตรายต่อคนอื่น จำเป็นต้องใช้ยาควบคุมอาการ
4. ซึมเศร้า/ละเหี่ยใจ : ผู้ป่วยมีท่าทีหรือเคยพูดว่าเศร้าหรือท้อแท้หรือ 4.a □ไม่มี □มี 4.c ความทุกข์ใจของผู้ดูแล □0 □1 □2 □3 □4 □5	□ 2. ปานกลาง : มีความทุกข์ใจจากซึมเศร้า ผู้ป่วยมักบ่นว่าท้อแท้และเศร้าจนยากที่จะแก้ไขให้บรรเทาได้	□ 3. รุนแรง : มีความทุกข์ใจอย่างมากจากซึมเศร้า และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทุกข์ทรมาน
5. ความวิตกกังวล : ผู้ป่วยมีลักษณะวิตกกังวล หงุดหงิด ตื่นกลัวโดยไม่มีเหตุผล ulyกยักยอกอยู่เสมอ หรือตื่นกลัวเมื่อต้องอยู่ห่างจากท่านหรือไม่ 5.a □ไม่มี □มี 5.c ความทุกข์ใจของผู้ดูแล □0 □1 □2 □3 □4 □5	□ 2. ปานกลาง : มีความทุกข์ใจจากความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยพูดเองว่ามีความหงุดหงิดกังวลใจและยากที่จะแก้ไขให้ทุเลาลงได้	□ 3. รุนแรง : มีความทุกข์ใจอย่างมากจากความวิตกกังวลและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทุกข์ทรมาน
6. อารมณ์ร้ายเกินเหตุ/คริมีใจ : ผู้ป่วยดูร้ายแรงหรือแสดงออกว่ามีความสุขมากเกินไปหรือไม่ ทั้งไม่ได้มีความสุขตามธรรมดา เมื่อใดเองเพื่อนฝูง ครอบครัวหรือเมื่อได้รับของขวัญ แต่ทว่าถึงมีความสุขอยู่ตลอดเวลา มากเกินกว่าที่เคยเป็นหรือในขณะที่ผู้อื่นไม่ได้รู้สึกไปด้วย 6.a □ไม่มี □มี 6.c ความทุกข์ใจของผู้ดูแล □0 □1 □2 □3 □4 □5	□ 2. ปานกลาง : อารมณ์ร้ายเกินเหตุเห็นได้ชัดเจนว่าผิดปกติ	□ 3. รุนแรง : อารมณ์ร้ายเกินเหตุเห็นได้ชัดเจน โดยผู้ป่วยมีอารมณ์เกินปกติตลอดเวลา และมักทำร้ายกับสิ่งต่างๆตลอดเวลา

วันที่...../...../.....

ลำดับที่.....

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living Index)

คำชี้แจง: แบบประเมินฉบับนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ในแต่ละวันหรือในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดให้คะแนนตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

ชนิดของกิจวัตร	คะแนน	ลักษณะ
การเคลื่อนย้ายตัวเอง (Transfer)	0	ทำเองไม่ได้ นั่งเองไม่ได้
	1	ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ใช้ 1-2 คน ยังพอนั่งได้
	2	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย
	3	ทำได้เองอย่างอิสระ
การเดิน (Mobility)	0	เดินเองไม่ได้
	1	ใช้รถเข็น (Wheelchair) ได้เอง เช่น การเลี้ยวเข้ามุมห้อง
	2	เดินได้โดยมีคนช่วย 1 คน
	3	ทำได้เองอย่างอิสระ
การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)	0	ทำเองไม่ได้
	1	ทำเองได้บางอย่าง โดยมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระ
การล้างหน้า (Grooming)	0	ทำเองได้ โดยมีคนช่วยบ้าง เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด
	1	ทำได้เองอย่างอิสระ
การถ่ายปัสสาวะ (Bladder)	0	มีปัญหาปัสสาวะราด หรือต้องคาสายสวนปัสสาวะ
	1	ปัสสาวะราดบางครั้ง เช่น ไม่เกินวันละครั้ง
	2	ไม่มีปัสสาวะราด
การถ่ายอุจจาระ (Bowels)	0	มีปัญหาอุจจาระราด หรือต้องสวนอุจจาระ
	1	อุจจาระราดบางครั้ง เช่น สัปดาห์ละครั้ง
	2	ไม่มีอุจจาระราด
การอาบน้ำ (Bathing)	0	ทำเองไม่ได้
	1	ทำได้เองอย่างอิสระ ไม่ต้องมีคนคอยช่วยหรือสังเกต
การทานอาหาร (Feeding)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง เช่น ตัดชิ้นอาหารเป็นคำเล็กๆ
	2	ดื่กอาหารทานได้เองอย่างอิสระในระยะที่เอื้อมมือถึงได้
การใส่เสื้อผ้า (Dressing)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระ เช่น กัดกระดุม รูดซิป ผูกเชือกรองเท้า
การเดินลงบันได (Stairs)	0	ทำเองไม่ได้
	1	พอทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยบ้าง
	2	ทำได้เองอย่างอิสระทั้งขึ้นและลงบันได

วันที่...../...../.....

ลำดับที่.....

แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)

คำชี้แจง: แบบประเมินฉบับนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ในแต่ละวันหรือในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดให้คะแนนตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

1. walking outdoor (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน)
 - 0 เดินไม่ได้
 - 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเอง หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
 - 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
 - 3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)

2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว)
 - 0 ทำไม่ได้
 - 1 ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
 - 2 ทำเองได้

3. Heavy house work (ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า)
 - 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
 - 1 ทำได้เอง

4. Money exchange (ทอนเงิน/แลกเงิน)
 - 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
 - 1 ทำได้เอง

5. Public transport (เช่น บริการใช้รถเมล์ รถสองแถว)
 - 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
 - 2 ไปมาได้เอง



2130771235

CT :Thesis 6074264230 thesis / rev: 22072562 09:30:34 / seq: 13

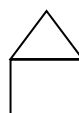
วันที่...../...../.....

ลำดับที่.....

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)

TMSE (Thai Mental State Examination) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมอง ด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในคนไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

Question	Points
1. Orientation (6 คะแนน) วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน ที่ไหน ใคร (คนในภาพ)	4 1 1
2. Registraion (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์ ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	5
4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง 100 93 86 79	3
5. Language (10 คะแนน) 5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า) 5.2 ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” 5.3 ทำตามคำ (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน) หยิบกระดาษด้วยมือขวา พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	2 1 1 1 1 1 1
5.4 อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”	1
5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	2
5.6 กลัวยกกันสัมพันธ์กันคือ.....(เป็นผลไม้) แมวกับหมาเหมือนกันคือ.....(เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)	1
6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้จำตามข้อ 2 ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3



น้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง Severe dementia
10 – 18 คะแนน หมายถึง Moderate dementia
19 – 23 คะแนน หมายถึง Mild dementia

คะแนนรวม

แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview: ZBI)

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านสำรวจความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้ ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนี้เลย

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

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย (0)	เกือบไม่เคย (1)	บางครั้ง (2)	ค่อนข้างบ่อย (3)	บ่อย ๆ (4)
1.	ท่านรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง					
2.	ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลเป็นความรับผิดชอบอย่างมาก					
3.	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้					
4.	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย					
5.	ท่านรู้สึกว่าควรให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่านี้					
6.	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถให้การดูแลได้ดีกว่านี้					
7.	ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลนี้เป็นภาระต่อท่าน					
8.	ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย					
9.	ท่านคิดว่าระดับความเสื่อมถอยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับภาระการดูแลของผู้ดูแล					
10.	ท่านรู้สึกว่าความรับผิดชอบทุกอย่างตกอยู่กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว					
11.	ท่านกลัวอนาคตเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของผู้ป่วย					
12.	ท่านกลัวว่าจะไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
13.	ท่านกลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป					
14.	ท่านต้องการที่จะละทิ้งการดูแลนี้ให้กับบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					
15.	ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยและต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ พร้อมกัน					
16.	ท่านรู้สึกโกรธ					
17.	ท่านรู้สึกอับอายกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย					
18.	ท่านรู้สึกไม่สะดวกที่เพื่อนฝูงมาหาที่บ้าน					
19.	ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม					
20.	ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของครอบครัวและเพื่อน					
21.	ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ					
22.	ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	วรารัตติ เหมรัตน์
วัน เดือน ปี เกิด	1 ธันวาคม 2520
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2540 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คณะเศรษฐศาสตร์ (ภาคภาษาอังกฤษ) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	499/12 ถนนหทัยราษฎร์ แขวงสามวาตะวันตก เขตคลองสามวา กรุงเทพฯ 10510



2130771235

CU Thesisis 6074264230 thesisis / recv: 22072562 09:30:34 / seq: 13