ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

นางอรษา มณีธนู

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2553
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO SLEEP QUALITY IN OLDER PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Mrs. Orasa Maneethanue

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
โดย	นางอรษา มณีธนู
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรษา มณีธนู : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์. (SELECTED FACTORS RELATED TO SLEEP QUALITY IN OLDER PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 162 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ โรคประจำตัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 120 คู่ ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวช หรือคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคม แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคม แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .80, .82, .74 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 67.50 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\bar{X}$ = 7.43, SD= 3.40)

2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (r = –.305) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (r = .382) และโรคประจำตัว (c = .357) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ (c = .281, .362) กิจกรรมทางสังคม (r = –.387) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (r = .521) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา....พยาบาลศาสตร์...ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา....2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5177617536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SLEEP QUALITY / OLDER PERSONS / ALZHEIMER'S DISEASE.

ORASA MANEETHANUE: SELECTED FACTORS RELATED TO SLEEP QUALITY IN OLDER PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 162 pp.

The purpose of this descriptive research were to study the sleep quality in older persons with Alzheimer's disease and to study the relationships between sleep quality and intrinsic factors; cognitive deficits, behavioral and psychological symptoms of dementia, medical conditions, and extrinsic factors; medication, psychosocial activity, environmental factors and sleep quality in old persons with Alzheimer's disease. Participants were 120 paired of family caregivers and older persons with Alzheimer's disease from Memory and Psychiatric and Geriatric clinic, and were selected using multi-stage random sampling technique. Research instrument were demographic questionnaires, Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-T), Behavioral Pathology in Alzheimer's disease Rating Scale (Behave-AD), social activity, environment factor, and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) which were tested for content validity and reliability. The reliabilities of Behave-AD, social activity, environment factor, and PSQI were .80, .82, .74 and .80 respectively. Data were analyzed, including Chi-square test and Pearson's Product Moment correlation coefficient.

Major findings were as follow:

1. 67.50 % of older persons with Alzheimer's disease had poor sleep quality ($\bar{X}$ = 7.43, SD = 3.4).

2. Intrinsic factors were cognitive deficits (r= –.305), behavioral and psychological symptoms of dementia (r = .382) and medical conditions (c =.357) had significantly correlated with sleep quality in older persons with Alzheimer's disease at the level of .05

3. Extrinsic factors were medication (c = .281,.362), psychosocial activity (r = -.387), and environmental factors (r = .521) had significantly correlated with sleep quality in older persons with Alzheimer's disease at the level of .05

Field of Study : Nursing Science Student's Signature : Orasa Man.

Academic Year : 2010 Advisor's Signature : Siriphan Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา เมตตาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ พญ. นันทิกา ทวิชาชาติ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รองศาสตราจารย์ นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พันเอก นพ. ณัฐพงษ์ สนธยานนท์ หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ พญ. สุรางค์ เลิศคชาธาร หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช สถาบันประสาทวิทยา ที่กรุณาสละเวลาในการให้คำปรึกษาและให้ความอนุเคราะห์ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และกราบขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ที่เป็นที่รักยิ่ง ตลอดจนสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่คอยสนับสนุน ห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยเป็นห่วง และคอยให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลมากมาย วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย…… ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ…….... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญภาพ……... ฎ

บทที่

1 บทนำ…… 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..…… 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย…… 5

คำถามการวิจัย……..…….. 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย……..…….. 5

สมมติฐานการวิจัย……..…….. 9

ขอบเขตการวิจัย……..…….. 9

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย……..…… 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ……..…….. 13

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง…… 14

การนอนหลับของผู้สูงอายุ……..…….. 14

โรคอัลไซเมอร์……..…….. 23

ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์……..……... 38

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์……. 39

ผลกระทบจากปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์…..…… 51

บทบาทของพยาบาล…… 52

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……..…….. 56

กรอบแนวคิดการวิจัย……..…….. 61

3 วิธีดำเนินการวิจัย……..…… 62

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง……..…… 62

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……..…….... 68

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	80
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	83
	การวิเคราะห์ข้อมูล	83
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	85
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	100
	สรุปผลการวิจัย	102
	อภิปรายผลการวิจัย	103
	ข้อเสนอแนะ	112
รายการอ้างอิง		114
ภาคผนวก		125
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	126
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	128
	ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	138
	ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	154
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		162

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล……	64
2	จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเจ็บป่วย…..……..	65
3	จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและระยะเวลาในการดูแล……...	66
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามระดับคะแนน..…	86
5	จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ……..	86
6	จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ……..	89
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน ของสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามระดับการศึกษา……	90
8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์…….……	90
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามรายด้าน…….……	91
10	จำนวน และร้อยละ ของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกในแต่ละโรค……..……	92
11	จำนวน และร้อยละ ของประเภทของยาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามประเภทของยา……	93
12	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามระดับคะแนน……..	94
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามรายด้าน……	95

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามระดับคะแนน	95
15	ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์..	96
16	ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์.....	97
17	ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของยาที่ได้รับ กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์.....	98
18	ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์.....	99
19	จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามอายุและเพศ.....	155
20	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามระดับการศึกษาและอายุ.....	156
21	จำนวน และร้อยละ ของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามรายด้าน.....	157
22	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามรายข้อ.....	158
23	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำแนกตามรายข้อ	160

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	61

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอัลไซเมอร์เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประชากรโลก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551) มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Lyketsos, 2009) จากรายงานความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในประชากรโลก ปี ค.ศ. 2006 พบว่าประชากรโลกเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึง 26.6 ล้านคน คาดว่าใน ปี ค.ศ. 2050 ความชุกจะเพิ่มเป็น 4 เท่า หรือประมาณ 106.8 ล้านคน (Brookmeyer et al., 2007) ซึ่งความชุกของโรคอัลไซเมอร์จะเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุ (Burns, Brien and Ames, 2005) โดยเพิ่มเป็น 2 เท่าทุก ๆ 5 ปี กล่าวคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป พบความชุก ร้อยละ 1-2 และจะพบสูงกว่า ร้อยละ 30 ของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป (Gazzaniga et al., 2009) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยในประชาชนชาวไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รายงานว่า ปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 2.1 ล้านคน ในจำนวนนี้ คาดว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึง 1 ล้านคน (จรัญ จักรวาลชัยศรี, 2552) และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จะมีอาการของสมองเสื่อม ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว (Forstl, 2005) เนื่องจากมีการทำลายของเซลล์ประสาทสมองไปเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ จนทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ของสมองส่วนต่าง ๆ เริ่มจากการสูญเสียความจำร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านเชาวน์ปัญญาที่ค่อย ๆ เสื่อมถอยลง เรียนรู้ช้าลง บกพร่องในการคิดและตัดสินใจ เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษาและการรับรู้ต่าง ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เริ่มจากความสามารถที่ซับซ้อนก่อน จนสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมีความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ หรือมีอาการทางจิต เมื่อโรครุนแรงมากขึ้น (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2548, นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Jorm, 2005) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีความผิดปกติด้านพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและที่เป็นปัญหาเพิ่มภาระในการดูแลอย่างมาก คือ ปัญหาการนอนไม่หลับ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552; Cole and Richards, 2006; Vitiello, 2006)

ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ พบว่า มีมากกว่าผู้สูงอายุปกติที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Vitiello, 2006) ซึ่งมีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศที่พบความชุก ร้อยละ 24 - 67 (Vitiello and Borson, 2001; Moran et al., 2005; Vitiello, 2006) เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยาของการนอนหลับที่เกิดขึ้นมากกว่าการเสื่อมตามธรรมชาติของกระบวนการชรา (Lugaresi, Pravini and Plazzi, 2000) โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง ในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการหลับและตื่น คือ Suprachiasmatic Nucleus (SCN) ที่อยู่ใน Anterior Hypothalamus เสื่อมลง ทำให้จังหวะเวลาของการหลับและตื่นผิดไปจากเดิม รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรประสาทและสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับกลไกการควบคุมการหลับและตื่น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของแบบแผนการนอนหลับหลายรูปแบบ เช่น นอนหลับยาก ใช้เวลานานมากกว่า 30 นาที ถึงจะหลับ ตื่นง่าย ตื่นบ่อยครั้งและหลับต่อยาก ตื่นเช้ากว่าปกติ ทำให้มีช่วงระยะเวลาของการนอนหลับลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Krystal et al., 2009) ซึ่งการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีช่วงระยะเวลาทั้งหมดบนเตียง (Total time In Bed: TIB) น้อยกว่า 6 ชั่วโมง แสดงว่า มีปัญหาการนอนไม่หลับ (Yesavage et al., 2003) ที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลงและนอนหลับกลางวันมากขึ้น (Aarsland, Sharp and Ballard, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับและนอนหลับกลางวันที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tractenberg, Singer and Kaye (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่นอนหลับยาก ตื่นบ่อยครั้ง ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด สับสน หรือหลงผิดในระหว่างคืน ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับลดลง

จากการศึกษาของ Buysse et al. (1989) ได้กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคลที่สามารถรับรู้ได้จากลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณและการนอนหลับเชิงคุณภาพ โดยการนอนหลับเชิงปริมาณประกอบด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิผลการนอนหลับ ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในตอนกลางวัน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับจึงแสดงให้เห็นว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Petit, Montplaisir and Boeve, 2005)

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Chokroverty, 2000) ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา เมื่อเชาวน์ปัญญาเสื่อมถอยลงมากขึ้นไปเรื่อย ๆ จนสูญเสียด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ทำให้เกิดอาการสับสนไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างกลางวันและกลางคืนได้ จึงไม่ยอมนอนหลับต่อ หรือต้องใช้เวลานานกว่าจะนอนหลับได้อีก ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลงมากยิ่งขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Vitiello, 2006) การมีโรคประจำตัว เช่น โรคข้ออักเสบ ทำให้เกิดอาการปวดที่รบกวนต่อการนอนหลับ โรคนอนกรนหรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ทำให้ตื่นบ่อยในตอนกลางคืนและรู้สึกนอนหลับไม่เพียงพอ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548; สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2549) โรคเบาหวาน ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เป็นต้น (Bliwise, 2005) อีกทั้งปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้นอนหลับยากหรือไม่สามารถหลับต่อได้ (Roehrs et al., 2005) พฤติกรรมวุ่นวายและลุกเดินไปมาตอนกลางคืน หรืออาการสับสน หลงผิดและประสาทหลอน จะทำให้ไม่ยอมนอน ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับเช่นกัน (Krystal et al., 2009)

นอกจากนี้ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ยาที่ได้รับ มียาหลายประเภทที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ทั้งประเภทที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงเสริมการนอนหลับกับประเภทที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ เช่น ยาต้านเศร้าบางกลุ่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ทำให้เกิดภาวะตื่นตัวจึงไม่ยอมนอนหรือนอนหลับยากขึ้น (Mulsant and Pollock, 2009) หรือยาขับปัสสาวะ ทำให้ตื่นบ่อยจากการปัสสาวะเป็นต้น (Dauvilliers, 2007) ส่วนกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อวงจรการหลับและตื่นโดยลดระยะเวลาการนอนหลับกลางวันที่มากเกินไป และส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548; สถาบันประสาทวิทยา, 2551; McCurry and Ancoli-Israel, 2003) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เช่น เสียงดัง ความมืดหรือสว่าง อากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไป รวมทั้งบุคคลรอบข้าง ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Lugaresi et al., 2000; Burns et al., 2005; Vitiello, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวงจรการหลับและตื่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีคุณภาพการนอนหลับลดลง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวอย่างมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Petit et al., 2005) เนื่องจากประสิทธิภาพการนอนหลับที่ต่ำลง ทำให้ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาและ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การดำเนินโรคเลวลงเร็วขึ้น (Vitiello, 2006; Lee et al., 2007) นอกจากนี้ ปัญหาการนอนไม่หลับและตื่นบ่อยตอนกลางคืนจะสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมที่รบกวนในตอนกลางคืน เช่น การลุกเดินไปมาในตอนกลางคืน ร่วมกับมีอาการวุ่นวาย สับสน หรือก้าวร้าว เป็นต้น (Moran et al., 2005) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม และอาจนำไปสู่แนวทางการผูกยึดหรือการใช้ยากับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น (จันทร์ศิริ มีดี, 2549; Hill et al., 2007) จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงกลางคืน สร้างความลำบากใจและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพประสงค์ (2548) ที่พบว่า ปัญหาการนอนหลับและตื่นไม่เป็นเวลาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นอุปสรรคต่อการดูแลถึง ร้อยละ 78.3 ส่งผลกระทบต่อญาติหรือผู้ดูแล ที่ต้องรับภาระในการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า จนอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมาเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ได้รับความน่าสนใจอย่างมากในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาของ ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของยา Galantamine ต่ออาการทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ พบว่า ยา Galantamine มีประสิทธิภาพในการทำให้อาการดังกล่าวของผู้ป่วยดีขึ้น และการศึกษาวิจัยของ Siwaporn Chankrachang et al. (2008) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของยา Galantamine ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ พบว่า ยา Galantamine สามารถคงคุณภาพการนอนหลับที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะในด้านปัญหาการนอนหลับ ซึ่งเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล ป้องกัน และลดปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในสภาวะของโรคนี้ และช่วยลดภาระการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Chokroverty (2000) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับการปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ไว้ 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ เพศ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่เชื่อได้ว่า น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ตามกรอบแนวคิด และเป็นตัวแปรที่มีงานวิจัยต่างประเทศ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ และสามารถจัดกระทำทางการพยาบาลได้ คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยตัวแปรที่คัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ คือ อายุและเพศ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น

โรคอัลไซเมอร์ที่มีปัญหาการนอนหลับ กับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ รวมทั้งเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกระทำได้ ตัวแปรที่ศึกษา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive deficits) เป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของ Tractenberg et al. (2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 34 ตื่นขึ้นบ่อยระหว่างคืนและไม่ยอมนอนหลับต่อ เนื่องจากมีความบกพร่องในด้านการรับรู้เวลา ทำให้คิดว่าเป็นช่วงเวลากลางวัน และมีอาการวุ่นวาย ลุกเดินไปมาตอนกลางคืน ถึงร้อยละ 82 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan and Richards (2004) ที่พบว่า ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะสัมพันธ์กับความผิดปกติของวงจรการหลับและตื่น ที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ซึ่งความบกพร่องของการนอนหลับจะทรุดลงตามความรุนแรงของโรค (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Chokroverty, 2000; Krystal et al., 2009) ดังนั้น ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา น่าจะมีความความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

โรคประจำตัว เป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Khouzam et al., 2007) และอาจทำให้เกิดความผิดปกติในระหว่างการนอนและรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าปกติ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; Friedman, 2006; Krystal et al., 2009) เช่น โรคข้ออักเสบทำให้เกิดอาการปวดจนรบกวนการนอนหลับ โรคนอนกรนหรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ทำให้ตื่นบ่อยตอนในกลางคืนและรู้สึกนอนหลับไม่เพียงพอ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548; สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2549) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จะรบกวนการนอนหลับจากอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะการนอนในระยะ REM sleep โรคพาร์กินสัน มักเกิดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อจากการนอนในท่าเดียวนาน ๆ ทำให้ตื่นบ่อยและหลับต่อยาก หรือโรคเบาหวาน ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Asplund, 1999; Meiner and Lueckenotte, 2006) โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีโรคประจำตัวดังกล่าว ความรุนแรงของปัญหาการไม่นอนหลับจะเพิ่มมากขึ้น (สมพร บุษราทิจ, อรพรรณ ทองแตง และกอบหทัย คุณารักษ์, 2549; Chokroverty, 2000; Petit et al., 2005; Cole and Richards, 2006; Vitiello, 2006; Dauvilliers, 2007) ดังนั้น โรคประจำตัวน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ เป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่ส่งผลต่อคุณภาพ

การนอนหลับ เช่น พฤติกรรมวุ่นวายและลุกเดินไปมาตอนกลางคืน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Petit et al., 2005; Krystal et al., 2009) หรืออาการสับสน ในด้านการรับรู้เวลากลางวันหรือกลางคืน ทำให้รูปแบบการนอนเปลี่ยนไปหรือไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เนื่องจากคิดว่าเป็นเวลากลางวัน (Lugaresi et al., 2000) ภาวะหลงผิดและประสาทหลอน หรือพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ซึ่งปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มักจะนอนหลับยาก หรือเมื่อตื่นขึ้นในระหว่างคืนจะไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือต้องใช้เวลานานมากขึ้น (Roehrs et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 68.5 มีปัญหาด้านพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 41.2 มีอาการสับสน หลงผิดและหวาดระแวง ร้อยละ 37.1 มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีปัญหาการนอนไม่หลับถึง ร้อยละ 65 ดังนั้น ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ประเภทของยาที่ได้รับ เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษา พบว่า มียาหลายประเภทที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ทั้งประเภทที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ กับประเภทที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ (Vitiello and Borson, 2001; Meiner and Lueckenotte, 2006)

1) ประเภทยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ได้แก่ ยาคลายกังวลหรือยากล่อมประสาท เช่น ยา Alprazolam และ Lorazepam (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ยาต้านอาการทางจิตที่มีฤทธิ์กดประสาท เช่น ยา Haloperidol และ Quetiapine ยาต้านเศร้ากลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง ได้แก่ ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) หรือยากลุ่ม Norepinephrine and specific serotoninergic antidepressants (NaSSAs) เช่น ยา Remeron และ Trazodone (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) หรือยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้แพ้ รวมทั้งยาระงับปวด เช่น ยา Codine และ Tramadol (Meiner and Lueckenotte, 2006) เป็นต้น

2) ประเภทยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น Digoxin และ Nifedepine ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ตามองเห็นภาพซ้อน และประสาทหลอนได้ ยารักษาโรคพาร์กินสัน เช่น Levodopa อาจทำให้ฝันร้าย สับสน ประสาทหลอนและนอนไม่หลับ (Dauvilliers, 2007) ยาขับปัสสาวะ ส่งผลให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และยาต้านเศร้าในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงรบกวนการนอน ได้แก่ ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น Fluoxetine และ Sertraline หรือยากลุ่ม Selective and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) เช่น ยา Venlafaxine (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549; สมภพ

เรืองตระกูล, 2550; Asplund, 1999; Khouzam, et al., 2007) เป็นต้น ดังนั้น ประเภทยาที่ได้รับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ น่าจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วยเช่นกัน

กิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อวงจรการนอนหลับและตื่น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548) โดยลดระยะเวลาการนอนหลับกลางวันที่มากเกินไป และช่วยส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับตอนกลางคืนดีขึ้น (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Vitiello and Borson, 2001; McCurry and Ancoli-Israel, 2003) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ควรได้รับการส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือสังคม เช่น กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าเกิดความภาคภูมิใจ มีความสุข ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และช่วยเบี่ยงเบนจากปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ (เทียม ศรีคำจักร์, 2544; เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2549) แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ และเหมาะสมกับสภาวะของผู้สูงอายุในแต่ละราย (สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ, 2547) ดังนั้น กิจกรรมทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์อย่างมาก (Tabloski, 2006; Khouzam et al., 2007) เช่น สภาพอากาศที่หนาวหรือร้อนเกินไป หรือเสียงดังเกินไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Lugaresi et al., 2000; Burns et al., 2005) แสงสว่างที่มากเกินไปจะกระตุ้นให้นอนไม่หลับหรือทำให้เกิดอาการสับสนระหว่างเวลากลางวันและกลางคืน ซึ่งเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึกจึงไม่ยอมนอนหลับต่อ (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549) แต่ถ้ามืดเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมหวาดระแวงและหลงผิดได้ (อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552) หรือการมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด และโมโห ซึ่งเป็นการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อเหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มากระทบ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เช่น บุคคลแปลกหน้า หรือเสียงดังรบกวน (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549) ดังนั้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยคัดสรรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันประสาทวิทยา จำนวนทั้งสิ้น 120 คู่ ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ

2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการนอนหลับ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีการเลือกมาศึกษาจากทฤษฎีและผลงานวิจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ประกอบด้วย

ปัจจัยภายใน หมายถึง ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ปัจจัยภายนอก หมายถึง ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive deficits) หมายถึง การสูญเสียความสามารถของสมองในส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุ วัดด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ที่แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al. (1975) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา ซึ่งเป็นการวัดโดยรวม ประกอบด้วย การรับรู้ ความจำ ความตั้งใจ การคิดคำนวณ การใช้ภาษา ทักษะในการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม การใช้เหตุผล การคิดทางนามธรรม แปลผลคะแนนโดยรวม คือ ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาน้อย

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ และเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอาการและอาการแสดงของโรค รวมทั้งผลจากการรักษาโรคดังกล่าวที่ส่งผลต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุ ประเมินโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น ไม่มีโรคและมีโรค ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย

ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง การแสดงออกทางด้านอากัปกิริยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการสังเกตของผู้ดูแล วัดด้วยแบบสอบถามตามแนวคิดของ Reisberg (1987) ที่ นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) เป็นผู้แปลและนำมาใช้ ซึ่งเป็นการวัดโดยรวมเกี่ยวกับ อาการหวาดระแวงและหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมผิดปกติ อาการไม่สงบกระสับกระส่าย ก้าวร้าว วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน

และความวิตกกังวลและหวาดกลัว แปลผลคะแนนโดยรวม คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจน้อย

ประเภทของยาที่ได้รับ หมายถึง ยาที่ผู้สูงอายุได้รับในปัจจุบัน ขณะเข้ารับการรักษา รวมทั้งสารกระตุ้นต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ประเภทยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ได้แก่ ยาคลายกังวล หรือยากล่อมประสาท ยาระงับปวด ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้แพ้ ยาต้านเศร้ากลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง และยาต้านอาการทางจิตที่มีฤทธิ์กดประสาท

2) ประเภทยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า ยาลดความดันโลหิต ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาสเตียรอยด์ ยาขยายหลอดลม ยาต้านเศร้าที่มีฤทธิ์รบกวนการนอน ยารักษาโรคพาร์กินสัน และยาต้านอาการทางจิต

ประเมินโดยแบบสอบถามการใช้ยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น ไม่ได้รับยา และได้รับยา ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย

กิจกรรมทางสังคม หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจด้วยความสมัครใจตามความสามารถ ความรู้ ความถนัดและตามความเหมาะสม ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและบุคคลอื่น โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ก่อให้เกิดการอยู่รวมกันอย่างมีความสุข มีการช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เกิดการปรับตัวที่ดี มีความพึงพอใจ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินโดยแบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจากการสังเกตของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Havighurst (1968 cited in Hess, 2004) และ Taylor (1983 อ้างถึงใน จันทนา มหามงคล, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการวัดโดยรวม ประกอบด้วย

1) กิจกรรมนันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายเกิดความบันเทิง สนุกสนาน เพลิดเพลินและมีความสุข โดยการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น หรือทำคนเดียว เช่น การดูการแสดงที่เกี่ยวกับความบันเทิง ร้องเพลง เต้นรำ อ่านหนังสือ การวาดรูป ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เล่นเกม หรือการไปเที่ยวทัศนาจร เป็นต้น

2) กิจกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย โดยเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำ ๆ เช่น การเดิน การออกกำลังกายบริหารแขนและขา หรือการบริหารร่างกายแบบยืดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

3) กิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่ทำตามความเชื่อทางศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ วัฒนธรรมหรือประเพณีที่สืบต่อกันมา เกิดการบำรุงส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับศาสนา เช่น การไปร่วมงานบุญต่าง ๆ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น

แปลผลคะแนนโดยรวม คือ คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับมาก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม โดยเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ภายนอกร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ผู้ดูแลสังเกตได้ ประเมินโดยแบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของ Lugaresi et al. (2000) และ Petit et al. (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นการวัดโดยรวม ประกอบด้วยข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับเสียง แสง อุณหภูมิ เพื่อนร่วมห้องและเครื่องนอน ที่มีผลรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ตามการรับรู้ของผู้ดูแล แปลผลคะแนนโดยรวม คือ คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับน้อย คะแนนรวมสูง หมายถึง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับมาก

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ผู้ดูแลสังเกตได้ ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Buysse et al. (1989) ที่ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) เป็นผู้แปล และ ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) นำมาใช้วัดคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นการวัดโดยรวม ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย และการนอนหลับเชิงคุณภาพ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน แปลผลคะแนนโดยรวม คือ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และถ้าคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และมารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล

ผู้แลหลักในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน อาจมีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องกับผู้สูงอายุ และเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มากที่สุด โดยให้การดูแลต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป
3. เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การนอนหลับของผู้สูงอายุ
2. โรคอัลไซเมอร์
3. ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
5. ผลกระทบจากปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
6. บทบาทของพยาบาล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การนอนหลับของผู้สูงอายุ

การนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของสมองที่เกิดกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อนและสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางผ่อนคลาย ระดับความรู้สึกต่าง ๆ ลดลง ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลงและมีการผ่อนคลายด้านจิตใจ โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา ซึ่งการนอนหลับเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ง่ายโดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; Bliwise, 2005)

ลักษณะของการนอนหลับในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุมีงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่นอนหลับมากกว่า 9 ชั่งโมง และกลุ่มที่นอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่งโมง มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่นอนหลับ 7 - 8 ชั่งโมง (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Gillin and Ancoli-Isarael, 2004) โดยทั่วไป ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีต้องการการนอนหลับคืนละ 7 - 9 ชั่งโมง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; Bliwise, 2005) แต่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งนอนหลับได้น้อยกว่าที่ตนเองต้องการ โดยใช้ระยะเวลาอยู่บนเตียงมากขึ้น แต่นอนหลับได้น้อยลง และตื่นง่ายขึ้นเมื่อเทียบกับวัยอื่น ๆ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การนอนหลับของผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงมีหลายสาเหตุ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุ หรือการมีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจจนส่งผลต่อการนอนหลับ เป็นต้น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2549, สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

1.1 สรีรวิทยาของการนอนหลับ

การนอนหลับและตื่น ขึ้นอยู่กับการทำงานของสมองส่วน Reticular activating system (RAS) ซึ่งมีกลุ่มเซลล์ประสาทเชื่อมโยงกันเป็นร่างแหซับซ้อนอยู่ตลอดแนวแกนกลางของก้านสมอง (brain stem) โดยมีการทำงานรับและส่งกระแสประสาทจาก 3 ส่วน คือ 1) ส่วนเปลือกสมอง (cerebral cortex) จะประมวลวิเคราะห์และตีความ 2) การรับรู้ประสาทส่วนปลาย (peripheral sensory receptors) ได้แก่ เสียง แสง และสัมผัส 3)ระบบลิมบิค (limbic system) ได้แก่ ความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ จะทำให้สมองส่วน RAS ทำงานเด่น ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะตื่น และส่วนล่างของ RAS คือ บริเวณ Pons ต่อไปถึง Medulla จะมีกลุ่มเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่หลั่งสารสื่อประสาท Serotonin, Norepinephrine และ Acetylcholine ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมวงจรการหลับและตื่น (Culebras, 2000)

จังหวะวงจรชีวิตหรือจังหวะทางชีวภาพ (circadian rhythms) ที่มีช่วงเวลาของวงจรประมาณ 24 ชั่วโมง ยังมีผลต่อวงจรการหลับและตื่น โดยการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมจังหวะวงจรชีวิต คือ Suprachiasmatic nucleus (SCN) ใน Anterior hypothalamus จะทำงานสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะแสงสว่างที่อยู่โดยรอบ เมื่อมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมผ่านทางจอประสาทตา ทำให้มีการรับรู้ถึงเวลาภายนอก ความมืดและความสว่าง จึงเกิดการทำงานของ SCN ที่สัมพันธ์กับการทำงานของ Pineal gland ซึ่งเป็นต่อมเล็ก ๆ อยู่ด้านล่างสุดของโพรงสมอง ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมน Melatonin ซึ่งเป็นสารกระตุ้นให้เกิดการนอนหลับ และจะหลั่งออกมามากในเวลากลางคืนหรือเมื่ออยู่ในความมืด ดังนั้น การรับรู้ถึงความมืดและสว่าง ทำให้จังหวะในรอบวันเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อวงจรการหลับและตื่น มนุษย์จึงเข้านอนในเวลากลางคืนและตื่นในเวลา

กลางวัน (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Culebras, 2000) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยแวดล้อมที่ส่งสัญญาณให้สามารถปรับวงจรการหลับและตื่นได้ เช่น พฤติกรรมและกิจกรรมทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับเวลาของวัน หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสังคม (Ayalon and Ancoli-Israel, 2006)

สำหรับผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการนอนหลับเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้มีการลดลงของเซลล์ประสาทสมองในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการหลับและตื่น จึงเกิดการทำงานที่ไม่ประสานกันของจังหวะวงจรชีวิตของร่างกาย หรือมีการลดลงของสารสื่อประสาท Serotonin, Norepinephrine และ Acetylcholine ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมวงจรการหลับและตื่น รวมทั้งมีการผลิตฮอร์โมน Melatonin ที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับลดลง นอกจากนี้ ความบกพร่องในการรับความรู้สึก การได้ยิน และการมองเห็น ทำให้มีข้อจำกัดในการตอบสนองต่อสัญญาณบอกเวลาภายนอก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; Bliwise, 2005; Ayalon and Ancoli-Israel, 2006) ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับของผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าวัยอื่น

1.2 ระยะของการนอนหลับและวงจรการนอนหลับ

การนอนหลับของมนุษย์ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยแบ่งจากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้วยวิธีการวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของลูกตา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548: 15; สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548: 221-222; Gillin and Ancoli-Isarael, 2004: 484)

1.2.1 การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างเร็ว (Non-rapid eye movement sleep: NREM sleep) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (NREM 1 หรือ light sleep) ระยะนี้ มีคลื่นสมองเป็นแบบ theta wave ลักษณะการนอนหลับจะเป็นแบบหลับตื้น ๆ หรือเคลิ้มหลับ กล้ามเนื้อเริ่มผ่อนคลาย อัตราการหายใจเริ่มช้าลงบางครั้งพบว่า มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ ถูกปลุกให้ตื่นได้ง่าย ถ้าตื่นในระยะนี้จะรู้สึกว่าเหมือนนอนไม่หลับ ปกติการนอนหลับในระยะนี้นาน 1 – 7 นาที พบได้น้อยกว่าร้อยละ 5 – 15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ซึ่งในผู้สูงอายุ การนอนหลับระยะนี้จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 – 15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ความทนต่อการกระตุ้นลดลง ทำให้ผู้สูงอายุ

ถูกสิ่งเร้าต่าง ๆ ปลุกตื่นได้ง่าย จึงตื่นบ่อยในตอนกลางคืน และเมื่อตื่นขึ้นจะรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับ และรู้สึกไม่สดชื่น

ระยะที่ 2 (NREM 2 หรือ medium deep sleep) ระยะนี้ เป็นการหลับที่ลึกกว่าระยะแรก คลื่นสมองเป็นแบบ spindle wave และในบางช่วงจะพบคลื่นสมองเป็นแบบ high voltage spike หรือที่เรียกว่า K complex การนอนหลับในระยะนี้ มักไม่มีการกลอกตาหรือมีน้อยมาก ร่างกายจะผ่อนคลายมากขึ้น อัตราการเผาผลาญอาหารและอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง และจะสะดุ้งตื่นได้ถ้าถูกกระตุ้นอย่างแรง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที หรือประมาณร้อยละ 50 – 55 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ซึ่งในผู้สูงอายุ การนอนหลับระยะนี้ไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีบางการศึกษาที่พบว่า การนอนหลับในระยะนี้เพิ่มขึ้น (Gillin and Ancoli-Israel, 2004)

ระยะที่ 3 (NREM 3 หรือ early phase of deep sleep) เป็นระยะเริ่มหลับสนิทหรือหลับลึก คลื่นสมองเป็นแบบ slow wave หรือ delta wave เกิดหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับประมาณ 30 – 45 นาที ปลุกตื่นได้ยาก กล้ามเนื้อจะคลายตัวมากขึ้น อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตลดลง และอัตราการเผาผลาญลดต่ำลง พบได้ประมาณ ร้อยละ 10 – 20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 4 (NREM 4 หรือ deep sleep) เป็นระยะการหลับที่ลึกที่สุด มีคลื่นสมองเป็นแบบ delta wave เกิดหลังจากการนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM ประมาณ 40 นาที พบได้ประมาณ ร้อยละ 10 – 20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลง ระยะนี้มีการหลั่ง Growth hormone และฮอร์โมนอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อและกระดูก ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย มีการเพิ่มขนาดของเซลล์และสะสมของพลังงาน ซึ่งในผู้สูงอายุ การนอนหลับในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของ NREM จะลดลง ร้อยละ 15 – 20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด

1.2.2 การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement sleep: REM sleep) เป็นระยะการหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว คลื่นสมองเป็นแบบความถี่ต่ำผสมกับความถี่สูงที่เรียกว่า saw-tooth wave การนอนหลับในระยะนี้จะเกิดหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับ ประมาณ 90 – 100 นาที กล้ามเนื้อมีการคลายตัวเต็มที่และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ยกเว้นกล้ามเนื้อตา มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยระบบประสาทซิมพาเธติคจะทำให้มีการหลั่งสาร adrenaline เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจากปกติ ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต อุณหภูมิ

ร่างกาย และปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น มีการหลั่งเหงื่อและมีการกลอกตาเป็นระยะ ฝันเป็นเรื่องราวชัดเจน การนอนหลับในระยะนี้ มีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำและการรับรู้ ซึ่งในผู้สูงอายุ การนอนหลับระยะนี้จะลดลง ร้อยละ 20 – 25 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด

วงจรการนอนหลับ เป็นส่วนหนึ่งของจังหวะชีวภาพ (circadian rhythm) เกิดการหมุนเวียนกันเป็นวงจรในรอบ 24 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับความมืด ความสว่าง และอุณหภูมิของร่างกายที่ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาทสมองส่วนที่เรียกว่า Suprachiasmatic nucleus ใน Anterior hypothalamus ร่วมกับการทำงานของศูนย์กระตุ้นการหลับและตื่น คือ Reticular activating system (RAS) ที่อยู่บริเวณก้านสมอง เมื่อถูกกระตุ้น RAS จะทำงานโดยอัตโนมัติ ในคืนหนึ่ง ๆ การนอนหลับระยะ NREM และระยะ REM จะเกิดหมุนเวียนเป็นวงจรโดยจะเริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NREM หลังจากเริ่มการนอนหลับประมาณ 1 – 7 นาที จากนั้นจะเข้าสู่การนอนหลับระยะที่ 2, 3 และ 4 ของ NREM เมื่อสิ้นสุดการนอนหลับในระยะที่ 4 ของ NREM วงจรการนอนหลับจะย้อนกลับมาที่การนอนหลับระยะที่ 3 และ 2 ของ NREM และสิ้นสุดที่ระยะ REM จากนั้นจะเข้าสู่การนอนหลับระยะที่ 2 ของ NREM โดยไม่ต้องเริ่มการนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM แต่ถ้าตื่นขึ้นในระยะใด ๆ ก็ตามของวงจรการนอนหลับ จะต้องเริ่มต้นการนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM ทุกครั้ง ในวงจรการนอนหลับช่วงแรก ๆ พบว่า ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของ NREM จะยาว ส่วนระยะ REM จะสั้น เมื่อการนอนหลับดำเนินต่อไป NREM ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จะค่อย ๆ สั้น ส่วนระยะ REM ยาวขึ้น ซึ่งการนอนหลับในแต่ละครั้ง เฉลี่ย 7 – 8 ชั่วโมง จะมีวงจรการนอนหลับประมาณ 4 – 5 วงจร ใช้เวลาแต่ละวงจรประมาณ 90–110 นาที (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

ลักษณะนอนหลับของผู้สูงอายุ จึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระยะของการนอนหลับและวงจรการนอนหลับ (Bliwise, 2005; Ayalon and Ancoli-Israel, 2006) ซึ่งในระยะของการนอนหลับ พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของระยะ NREM 1 และ NREM 2 ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับยากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุมีความทนต่อการกระตุ้นลดลง จึงถูกสิ่งเร้าต่าง ๆ ปลุกตื่นได้ง่าย เมื่อตื่นขึ้นจึงรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับและรู้สึกไม่สดชื่น รวมทั้งมีการลดลงของระยะ NREM 3 และ NREM 4 ซึ่งเป็นระยะหลับลึก ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับไม่สนิท นอนหลับได้ไม่เพียงพอ จึงรู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน เนื่องจากในระยะ NREM 4 ร่างกายจะผ่อนคลายมากที่สุด มีการสร้างและซ่อมแซมร่างกาย รวมทั้งสำรองพลังงานไว้มากที่สุด แต่เมื่อการนอนในระยะ NREM 4 ลดลง ทำ

ให้เข้าสู่ระยะ REM เร็วขึ้น ซึ่งการนอนหลับในระยะ REM ของผู้สูงอายุก็ลดลงเช่นกัน ดังนั้น จากการเปลี่ยนแปลงในแต่ระยะของการนอนหลับ จึงทำให้วงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุสั้นลง

จากการศึกษาพบมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของการนอนหลับในผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548: 4; Ayalon and Ancoli-Israel, 2006: 600)

1) ระยะเวลาทั้งหมดบนเตียง (total time in bed, TIB) เพิ่มขึ้น
2) ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (total sleep time, TST) ลดลง
3) ระเวลาที่เข้านอนจนเริ่มหลับ (sleep latency) เพิ่มขึ้น
4) การตื่นขึ้นกลางดึก (wakefulness after sleep) เพิ่มขึ้น
5) การงีบหลับช่วงกลางวัน (daytime naps) เพิ่มขึ้น
6) ประสิทธิภาพของการนอน (sleep efficiency) ลดลด

ดังนั้น ลักษณะการนอนหลับของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย คือ เข้านอนแล้วหลับยาก ใช้เวลานานกว่าจะหลับ ช่วงการนอนหลับลึกสั้นลง การนอนหลับจะเป็นลักษณะหลับ ๆ ตื่น ๆ ซึ่งการตื่นกลางดึกอาจตื่นขึ้นเองหรือจากการรับรู้สิ่งรอบตัวไวขึ้น จึงทำให้ตื่นง่ายและตื่นบ่อย ความต่อเนื่องของการหลับจึงลดลง ความรู้สึกสดชื่นและรู้สึกเต็มอิ่มกับการนอนหลับลดลงไป และมีการงีบหลับกลางวันมากขึ้น หรืออาจมาจากความพยายามชดเชยการนอนน้อยลงในช่วงกลางคืน หรืออาจเป็นผลมาจากการมีกิจกรรมทางสังคมในช่วงกลางวันลดลง (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ซึ่งโดยรวมแล้วประสิทธิภาพการนอนหลับจะลดลงจาก ร้อยละ 86 ในวัย 45 ปี เหลือเพียง ร้อยละ 79 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี (Bliwise, 2005) ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง ความผิดปกติของการนอนที่เกิดเป็นปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ (Lugaresi et al., 2000; Bliwise, 2005; Krystal et al., 2009)

จึงเห็นได้ว่า การนอนหลับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกวัย ซึ่งผู้สูงอายุมีความต้องการการนอนหลับพอ ๆ กับคนหนุ่มสาว แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลง รวมทั้งมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับที่มากกว่าวัยอื่น จนทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และนำไปสู่คุณภาพการนอนหลับที่ลดลง

1.3 คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคลเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจนแน่นอน แต่สามารถรับรู้ได้จากลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ (Buysse et al., 1989)

1.3.1 **การนอนหลับเชิงปริมาณ** เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลามากน้อยได้ ซึ่งประกอบด้วย

1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับ ซึ่งบุคคลที่นอนหลับปกติ ระยะนี้ไม่ควรเกิน 30 นาที แต่ถ้ามากกว่าแสดงว่า มีอาการนอนไม่หลับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

2) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะ NREM 1 จนกระทั่งตื่นนอน บุคคลมีความต้องการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัยหรือช่วงอายุของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่สุขภาพดีมีความต้องการนอนหลับคืนละ 7-9 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึง การมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

3) ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน หารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย ค่าที่คำนวณได้จะมีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีค่าประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย มากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์

1.3.2 **การนอนหลับเชิงคุณภาพ** เป็นลักษณะของพฤติกรรมและความรู้สึกต่อการนอนหลับของบุคคลที่แสดงให้เห็นได้ เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในตอนกลางวัน ซึ่งประกอบด้วย

1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวม และเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคล ว่า “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย”

2) การรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งอาจมาจากปัจจัยหรือสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ เช่น การที่ต้องตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ จากอากาศหนาวหรือร้อนเกินไป ความปวด หรือมีเสียงดัง เป็นต้น

3) การใช้ยานอนหลับ ซึ่งการใช้ยาดังกล่าวบ่งบอกถึง การมีปัญหาในการนอนหลับหรือมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดขึ้น

4) ผลกระทบการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นผลที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลา

กลางวัน เช่น การง่วงนอนหรืองีบหลับในเวลากลางวัน หรือขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น

ดังนั้น การนอนหลับที่ดีและมีประสิทธิภาพ จึงต้องประกอบด้วยปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ ซึ่งจะบอกได้ถึงคุณภาพการนอนหลับของบุคคลนั้น ๆ

1.4 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีหลายวิธี การเลือกใช้วิธีใดในการประเมินขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับ มี 2 แนวทาง ดังนี้ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548)

1.4.1 การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (objective sleep measurement) เป็นการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะนอนหลับ โดยการวัดสัญญาณไฟฟ้าคลื่นสมอง (Electroencephalogram: EEG) วัดความเคลื่อนไหวของลูกตา (Electroculogram: EOG) และวัดคลื่นกล้ามเนื้อ (Electromyogram: EMG) ซึ่งเป็นการวัดที่ให้ผลเที่ยงตรงและถูกต้องที่สุด (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548) แต่มีข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง และต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการเก็บและแปลผล อีกทั้งมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการอ่านผล EEG ได้ยาก จากการที่คลื่นสมองช้าและบุคคลในกลุ่มนี้ มักไม่ค่อยทนอยู่ในห้องตรวจการนอน (sleep laboratory) ได้นาน ๆ เครื่องมือวัดมีหลายชนิด เช่น เครื่อง Polysomnography (PSG) หรือ Wrist actigraphy หรือ Night cap นอกจากนี้ อาจใช้วิธี Bedside monitor system เป็นการประเมินการนอนหลับทางอ้อม ส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยวิกฤต เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะนอนหลับ เช่น วัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิต ซึ่งจะลดลงในระยะ NREM sleep และเพิ่มขึ้นในระยะ REM sleep แต่ต้องประเมินร่วมกับอาการที่บ่งบอกถึงการนอนหลับ เช่น การหลับตา การไม่เคลื่อนไหว และการลดการตอบสนองกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ

1.4.2 การประเมินการนอนหลับทางเชิงจิตวิสัย (subjective sleep measurement) เป็นการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังตื่นนอนและการถูกรบกวนจากฝันร้าย สามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ แต่มีข้อเสีย คือ ข้อมูลอาจคาดเคลื่อนจากความเป็นจริงเนื่องจากความลำเอียงของผู้ถูกวัด ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับทางเชิงจิตวิสัยมีหลายวิธี ดังนี้

1) แบบสอบถามการนอนหลับของ St. Marry's Hospital Sleep Questionnaire เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการนอนหลับที่สร้างขึ้น เพื่อสอบถามผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วย คำถามแบบปลายเปิดและคำถามปลายปิด วัดการนอนหลับ 4 ด้าน คือ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ปริมาณการนอนหลับทั้งหมด คุณภาพการนอนหลับ และความพึงพอใจในการนอนหลับ ซึ่งสามารถใช้ได้กับกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงและกลุ่มผู้ป่วย

2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่ Buysse et al. (1989) สร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในประเมินคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน 3) ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกตินิสัย และการนอนหลับเชิงคุณภาพ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) การรบกวนการนอนหลับ 3) การใช้ยานอนหลับ 4) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

3) การประเมินการนอนหลับแบบ Visual analogue scale หรือแบบวัดการนอนหลับ Verran and Snyder Halperm Sleep Scale เป็นวิธีการวัดการนอนหลับโดยการประมาณค่าบนเส้นตรงด้วยสายตา ผู้ถูกประเมินต้องทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงให้ตรงกับความรู้สึกของตนเอง วิธีนี้เป็นวิธีที่ปฏิบัติง่าย สะดวกและรวดเร็ว เหมาะกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่มีข้อจำกัดที่ผู้ประเมินต้องสามารถมองเห็น อ่านออก และทำเครื่องหมายบนแบบประเมินได้

4) แบบสัมภาษณ์ (interviews) ประกอบด้วยการถามคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการนอนหลับและตื่นของผู้ถูกประเมินทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการนอนกรน ปัญหาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ อาการปวดเรื้อรังในตลอดคืน หรือการมีพฤติกรรมการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระหว่างคืน วิธีนี้ไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร

5) แบบบันทึกการนอนหลับประจำวัน (sleep diaries/sleep logs) เป็นการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการหลับและการตื่นในแต่ละวัน โดยผู้ถูกประเมิน จะบันทึกเวลาการเข้านอน เวลาตื่นนอน จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ความรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยา รวมทั้งกิจกรรมที่ทำในเวลากลางวัน วิธีนี้สามารถทำได้ง่าย สะดวกและประหยัด แต่ไม่เหมาะกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านกระบวนการคิด

6) การทดสอบด้านจิตใจ (psychological test) วิธีการนี้เป็นการประเมินการนอนหลับและการตื่นโดยทางอ้อม ปัญหาการนอนหลับตอนกลางคืนและการใช้ยา

และการประเมินภาวะด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น ภาวะของอารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวล เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การประเมินการนอนหลับโดยวิธีทางจิตวิสัย เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสบการณ์แต่ละคนครอบคลุมข้อมูลบางอย่างที่ไม่สามารถวัดได้ทางห้องปฏิบัติการ สามารถประเมินได้ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ จึงนิยมนำมาใช้ในทางการพยาบาล ส่วนการประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เป็นวิธีที่มีความไว มีความเที่ยงตรงสูง แต่ทำได้เฉพาะห้องปฏิบัติการ โดยต้องมีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือและการอ่านแปลผล จึงไม่สะดวกในการนำมาใช้ อีกทั้งเป็นการรบกวนการนอนของผู้ถูกประเมิน และมีข้อจำกัดอย่างมากโดยเฉพาะในการนำมาใช้วัดคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับที่ได้จากการสังเกตของผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของ ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของยา Galantamine ต่ออาการทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และการศึกษาวิจัยของ Siwaporn Chankrachang et al. (2008) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของยา Galantamine ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ของ Buysse et al. (1989) โดยการสังเกตของผู้ดูแล

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ของ Buysse et al. (1989) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประเมินคุณภาพการนอนหลับได้อย่างครอบคลุม ทั้งการนอนหลับเชิงปริมาณและการนอนหลับเชิงคุณภาพ อีกทั้งยังเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2. โรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประชากรโลก มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกในปัจจุบัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Lyketsos, 2009)

2.1 ความหมายของโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาสำคัญที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น จากการศึกษาโรคอัลไซเมอร์ พบว่า มีผู้ให้ความหมายของโรคอัลไซเมอร์ไว้ดังนี้

นันทิกา ทวิชาชาติ (2543: 55) กล่าวว่า โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคในกลุ่มสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง ทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ของสมองส่วนต่างๆ แสดงออกมาเป็นกลุ่มอาการความบกพร่องในกระบวนการทางความคิด ได้แก่ ความจำบกพร่อง ลืมง่าย สติปัญญาและความสามารถลดลง การเรียนรู้ช้าลง การตัดสินใจไม่เหมาะสม การแก้ปัญหาได้ลดลง หลงวันเวลา สถานที่และบุคคลใกล้ชิด การรับรู้เสียไป ความสนใจ ตั้งใจ สมาธิลดลง ความสามารถทางสังคมลดลง มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความผิดปกติทางภาษาและการติดต่อสื่อสาร อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โดยไม่มีเหตุผลและแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจนถึงอาการของโรคจิตที่มีประสาทหลอนและหลงผิดได้

ยุภัทรา ปัตถามัง (2548: 14) กล่าวว่า โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคของความผิดปกติทางระบบประสาท (Neurodegenerative disorder) ที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และในที่สุดจะทำให้เกิดการสูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและบุคลิกภาพ เกิดการสูญเสียความสามารถทางความคิด ซึ่งไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2551: 33) กล่าวว่า โรคอัลไซเมอร์ หมายถึง โรคความเสื่อมที่เกิดกับสมองอย่างถาวรและจะเป็นเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับอย่างช้า ๆ ทำให้เกิดอาการหลงลืม มีบุคลิกภาพ อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนไป ตลอดจนทำให้ความสามารถด้านการใช้ความคิด การตัดสินใจ และสติปัญญาด้อยลงไปเรื่อย ๆ ตามลำดับ ในที่สุดจะสูญเสียความสามารถทั้งหมด

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551: 145) กล่าวว่า โรคอัลไซเมอร์ หมายถึง การเสื่อมลงของความจำร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านเชาวน์ปัญญา อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ การใช้ภาษา การเคลื่อนไหว การระบุสิ่งของ และความบกพร่องในการตัดสินใจ การวางแผนหรือการมองแบบนามธรรม และจะต้องไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและทางจิตอื่น ๆ

สถาบันประสาทวิทยา (2551: 73) รายงานว่า โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคเรื้อรังของระบบประสาทชนิดหนึ่งที่เซลล์สมองเสื่อมสลายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของสมองที่มองเห็นและประเมินได้ลดลงและหายไปหมด มีอาการและอาการแสดงของโรคที่ผิดปกติในด้านความจำ พฤติกรรมและอารมณ์คล้ายกับโรคสมองเสื่อมโดยทั่วไป แต่มีระยะเวลาการดำเนินของโรคช้ากว่า เมื่อเปรียบเทียบกับโรคสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2552: 131) กล่าวว่า โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะค่อย ๆ สูญเสียความจำในเหตุการณ์ชีวิตประจำวัน เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษาและรับรู้ทิศทาง ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลงอย่างช้า ๆ เริ่มจากความสามารถที่ซับซ้อนก่อน จนเมื่ออาการมากขึ้นจะสูญเสียความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งอาการทางจิตเมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้น

มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย (The Alzheimer Foundation of Thailand, 2009) รายงานว่า โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคในกลุ่มสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง ทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ของสมองส่วนต่าง ๆ จนเกิดความบกพร่องในกระบวนการทางความคิด ได้แก่ ความจำบกพร่อง สติปัญญา ความสามารถลดลง การตัดสินใจไม่เหมาะสม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อารมณ์ผิดปกติ พฤติกรรมบกพร่อง จนถึงอาการของโรคจิตที่มีประสาทหลอนและหลงผิดได้

Forstl (2005: 359) กล่าวว่า โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคในกลุ่มของอาการสมองเสื่อมโดยตรง ลักษณะอาการจะสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยทางระดับเชาวน์ปัญญาที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะด้อยโอกาสทางสภาพร่างกาย

American Psychiatric Association (2009) รายงานว่า โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของสมองเสื่อมที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ ลักษณะอาการจะมีหลากหลาย แต่อาการสำคัญเริ่มแรกที่พบ คือ ความจำบกพร่องโดยเฉพาะความจำระยะสั้น (recent memory) ร่วมกับมีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (aphasia) ความผิดปกติในการเคลื่อนไหว (apraxia) ไม่สามารถระบุสิ่งของได้ (agnosia) ความบกพร่องในการตัดสินใจ การวางแผนและการมองแบบนามธรรม (executive function) ความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้วัตถุหรือสถานที่ที่มองเห็น (visuospatial perceptual impairment) นอกจากนี้ ยังมีอาการทางจิตประสาทที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เฉื่อยชา หงุดหงิด โมโหง่าย และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ซึ่งพบได้ในระยะแรกของโรค ส่วนระยะกลางและระยะสุดท้ายของโรคอัลไซเมอร์ มักพบอาการของโรคจิตและปัญหาทางพฤติกรรมผิดปกติเป็นส่วนใหญ่

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โรคอัลไซเมอร์ หมายถึง โรคที่เป็นสาเหตุของสมองเสื่อม เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ประสาทไปเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ จนเกิดความบกพร่องในหน้าที่ของสมองส่วนต่าง ๆ เริ่มจากการสูญเสียความจำร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านระดับเชาวน์ปัญญาที่เสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ จนเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการ

เปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งมีอาการทางจิตเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

2.2 ระบาดวิทยาโรคอัลไซเมอร์

ปัจจุบันโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่มีอัตราการตายและอัตราการเกิดลดลง ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในประชากรโลก ปี ค.ศ. 2006 พบว่าประชากรเป็นโรคอัลไซเมอร์ 26.6 ล้านคน คาดว่าในปี ค.ศ. 2050 ความชุกจะเพิ่มเป็น 4 เท่า หรือประมาณ 106.8 ล้านคน (Brookmeyer et at., 2007) ซึ่งความชุกของโรคอัลไซเมอร์จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 5 ปี กล่าวคือ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบความชุกร้อยละ 1 – 2 ช่วงอายุ 70 – 74 ปี พบร้อยละ 12 หรือ 1 รายใน 8 คน และจะพบสูงกว่า ร้อยละ 30 ของประชากรที่อายุ 80 ปีขึ้นไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Gazzaniga et al., 2009)

สมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติของประเทศอังกฤษ (Alzheimer's Disease International, 2009) คาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2010 จะพบประชากรโลกมีภาวะสมองเสื่อมถึง 35.6 ล้านคน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 58 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ที่สาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคอัลไซเมอร์ถึง ร้อยละ 50–75 สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยในประชาชนชาวไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รายงานว่า ปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 2.1 ล้านคน ในจำนวนนี้ คาดว่าจะเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึง 1 ล้านคน (จรัญ จักรวาลชัยศรี, 2552) รวมทั้งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นในอนาคต

2.3 สาเหตุของการเกิดโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของสมอง ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาค้นคว้า นักวิทยาศาสตร์ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ไว้หลายด้าน ดังนี้ (Jorm, 2005; Alzheimer's Disease International, 2009)

2.3.1 อายุ ผู้ที่อายุมากขึ้นจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งพบความชุกของโรคเพิ่มมากเป็น 2 เท่าทุก ๆ 5 ปี ในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Gazzaniga et al., 2009; Lyketsos, 2009)

2.3.2 เพศ จากรายงานการวิจัยส่วนใหญ่พบความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุตอนปลาย แต่บางรายงานวิจัยไม่พบความ

แตกต่างระหว่างเพศในวัยสูงอายุตอนต้น เชื่อได้ว่า การลดลงของฮอร์โมนเพศหญิงก่อนระยะวัยหมดประจำเดือนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ (ยุภัตรา ปัตถามัง และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2548; O'Connor, 2005; Tabloski, 2006)

2.3.3 **ปัจจัยด้านพันธุกรรม** จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพันธุกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ อย่างน้อย 4 ยีน ได้แก่ Amyloid Precursor Protein (APP) Presenilin 1, Presenilin 2 และ Apolipoprotein E4 (ApoE4) ยีนเหล่านี้อยู่บนโครโมโซมที่แตกต่างกัน คือ โครโมโซมที่ 21, 14, 1 และ19 ตามลำดับ ซึ่งการถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยทั่วไปแล้วจะเป็น late onset AD คือ แสดงอาการของโรคเมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ที่เกิดจากความผิดปกติของยีน ApoE4 บนโครโมโซมที่ 19 ส่วนการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบใน early onset AD คือ แสดงอาการของโรคเมื่ออายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เกิดจากความผิดปกติของยีนบนโครโมโซมที่ 1, 14 และ 21 ซึ่งจะพบค่อนข้างน้อย (ยุภัตรา ปัตถามัง และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2548; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551) จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีประวัติเป็นสมองเสื่อม เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ เพิ่มถึง 3.5 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปัญญาอ่อน ชนิด Down's syndrome ที่มีความผิดปกติของยีนบนโครโมโซมที่ 21 จะมีโอกาสเป็นโรคอัลไซเมอร์สูง ตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป (Forstl, 2005)

2.3.4 **ปัจจัยทางด้านระดับเชาวน์ปัญญา** จากการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยเป็นโรคอัลไซเมอร์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง อาจเป็นเพราะการศึกษาตั้งแต่วัยเด็กทำให้สมองมีการพัฒนา มีทุนสำรองมาก (cognitive reserve) เมื่อเป็นโรคอัลไซเมอร์จึงแสดงอาการออกมาช้ากว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549)

2.3.5 **ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษา** ซึ่งมีดังนี้

1) การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่มีประวัติได้รับความกระทบกระเทือนที่ศีรษะจนหมดสติมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึง 2 เท่า โดยเฉพาะเพศชายที่มีอาชีพนักมวย

2) การได้รับยาต้านการอักเสบ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคข้ออักเสบและไม่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม NSAIDS มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึงร้อยละ 72 เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยา NSAIDS (Forstl, 2005)

3) การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือน จากการศึกษาพบว่า หญิงวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคอัลไซเมอร์ในหญิงวัยทองได้ (ยุภัตรา ปัตถามัง และสมศักดิ์เทียมเก่า, 2548)

4) โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจเกิดจากสาเหตุร่วมกันระหว่างโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ที่เรียกว่า Mixed dementia ดังนั้น ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีระดับคลอเรสเตอรอลสูง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเกิดเซลล์สมองถูกทำลายหรือเซลล์สมองตาย จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้น (เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2549; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

5) โรคเบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน การที่มีระดับอินซูลินในเลือดสูง (peripheral hyperinsulinemia) ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ เนื่องจากการที่ระดับอินซูลินในเลือดสูงเรื้อรังจะทำให้อินซูลินเข้าสู่สมองลดลง ส่งผลให้เกิด Tau hyperphosphorylation สะสมเป็น Neurofibrillary tangle จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์มากขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

6) การติดเชื้อ จากรายงานทางจุลกายวิภาควิทยาเกี่ยวกับประสาทพบว่า การติดเชื้อไวรัสชนิด Herpes simplex virus type I ในสมองที่ตรวจพบยีน Apolipoprotein E4 (ApoE4) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ (Forstl, 2005)

2.3.6 **สุขนิสัยและการบริโภค** จากการศึกษาพบว่า อาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามินบี 12 วิตามินซี วิตามินอี โฟเลต และกรดไขมันโอเมก้า 3 จะช่วยลดการถูกทำลายของเซลล์สมองจากอนุมูลอิสระ ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคที่ทำให้ขาดสารอาหารดังกล่าวจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ รวมทั้งการขาดวิตามินบี 1 วิตามินบี 2 และวิตามินบี 6 ซึ่งเป็นสารที่ช่วยในการทำงานของสมองจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงด้วยเช่นกัน เช่น การขาดวิตามินบี 1 ที่พบในผู้ที่ดื่มสุราเรื้อรังหรือติดสุรา ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ถึง 2 เท่า และทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น นอกจากนี้ การได้รับสารเจือปนประเภทสังกะสีและอะลูมิเนียมในจำนวนมาก อาจทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์เช่นกัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552; Jorm, 2005)

2.3.7 **ปัจจัยด้านการงานและกิจกรรมทางสังคม** มีงานวิจัยสนับสนุนอย่างชัดเจนว่า การมีกิจกรรมนันทนาการและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะในวัยสูงอายุสามารถป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ เช่น การเล่นเกมส์ (เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2549) การเล่นดนตรี การเต้นรำ ร้องเพลง และการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าการออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์

ลดลงถึง ร้อยละ 62 เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ดังนั้น การที่บุคคลไม่ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ (Jorm, 2005)

2.4 พยาธิสรีรวิทยาของโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่เป็นสาเหตุของสมองเสื่อม เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ประสาทไปเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ จนเกิดความบกพร่องในหน้าที่ของสมองส่วนต่าง ๆ ซึ่งพยาธิสภาพสมองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะพบสมองฝ่อเหี่ยวทั่วไป (Cerebral atrophy) และมีขนาดเล็กลง พบร่องสมอง (sulcus) และโพรงสมอง (ventricle) กว้างขึ้น บริเวณสมองที่เกิดความผิดปกติก่อนอย่างรวดเร็วมักจะเป็นบริเวณ Hippocampus และ Amygdala ที่อยู่ในส่วนกลางของ Temporal lobe ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำ จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำที่เป็นความจำปัจจุบัน (recent memory) เป็นอันดับแรก (Burns et al., 2005)

ในระยะต่อมาจะมีการตายของเซลล์สมองเกิดขึ้นบริเวณส่วน Prefrontal are ของ Frontal lobe ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด (higher intelligence function) ได้แก่ ความจำ สมาธิ การคิดพิจารณา การวางแผนและการตัดสินใจ รวมทั้งการควบคุมจิตใจ อารมณ์และบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเสื่อมลงมากขึ้น ความคิดอ่านและการตัดสินใจช้าลง อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น มีอาการก้าวร้าว พูดจาหยาบคาย หรืออารมณ์เสียง่าย หรือบางรายมีอาการเซื่องซึม เฉยเมย ไม่สนใจอะไรเลย กินอาหารเชื่องช้าเลอะเทอะ ในระยะหลังจะถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่รู้ตัว อาการจะเกิดมากขึ้นตามลำดับ จนเซลล์สมองมีการเสื่อมสลายเพิ่มมากขึ้นทำให้สมองฝ่อหรือเหี่ยวอย่างชัดเจน ซึ่งในขณะนั้น ผู้ป่วยจะนอนนิ่งและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมใด ๆ ทั้งสิ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Gazzaniga et al., 2009)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสมองในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จะพบลักษณะเด่น 2 ประการ คือ Amyloid plagues และ Neurofibrillary tangles (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Forstl, 2005) Amyloid plagues หรือ Senile plagues เป็นก้อนโปรตีนที่เกิดจากการสะสมของโปรตีนเหนียวที่ไม่ละลายน้ำ เรียกว่า Beta amyloid รวมกลุ่มกับเซลล์สมองที่ตายแล้วเป็นกระจุกนอกเซลล์พบอยู่กระจัดกระจายทั่วเนื้อสมอง เกิดเป็นพิษต่อเซลล์ประสาททำให้เซลล์ตายในที่สุด การศึกษาต่อมาพบว่า ความผิดปกติของยีนส์บางตัวทำให้มีการสร้างโปรตีนต้นกำเนิดอะมัยลอยด์หรือเอพีพี (amyloid precursor protein: APP) แตกตัวอย่างผิดปกติเกิดเป็น Beta amyloid

โดยเฉพาะสายพันธุกรรม Apolipoprotien E4 (ApoE4) ส่วน Neurofibrillary Tangles (NFT) เป็นเส้นใยประสาทที่บิดเป็นเกลียวภายในเซลล์ประสาท เกิดจากความผิดปกติของโปรตีนที่ชื่อ Tau protein ในสภาวะปกติ Tau protein ทำหน้าที่สร้าง Microtubule ซึ่งเป็นท่อเล็ก ๆ ที่ใช้ในการลำเลียงอาหารหรือสารเคมีสื่อประสาท (neurotransmitter) จากตัวเซลล์ไปยังปลายสุดของเซลล์ประสาท เพื่อเชื่อมโยงกับเซลล์ประสาทตัวอื่น แต่ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะเกิดความผิดปกติของคุณสมบัติทางเคมีในโปรตีนเทา ทำให้เกิดเส้นใยคู่บิดเป็นเกลียว (paired helical filament) ส่งผลให้เซลล์ประสาทหดตัวรวมกันเป็น Tangles และไม่สามารถนำอาหารหรือสารเคมีสื่อประสาทไปสู่เซลล์อื่น ๆ ได้ จนทำให้เซลล์ตายไปในที่สุด นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติในระบบลำเลียงสารเคมีสื่อประสาท และที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ คือ ระบบประสาทโคลีน (cholinergic nucli) ทำให้มีการลดลงของสารสื่อประสาท Acetylcholine เกิดการสูญเสียความสามารถในการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทสมองส่วน Hippocampus และ Prefrontal cortex จึงส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้และความจำของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

จึงเห็นได้ว่า การเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ เกิดจากความผิดปกติ 3 ประการ คือ การสูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น (nerve cell communication) การเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติ (nerve cell metabolism) และกระบวนการซ่อมแซมเสียไป (nerve cell repair) ส่งผลให้เซลล์สมองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์หยุดทำงานหรือสูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่นและเซลล์ตายในที่สุด ซึ่งอาการของโรคจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการทำลายเซลล์ประสาทของ Plagues และ Tangles ในบริเวณสมองส่วนนั้น ๆ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551)

2.5 อาการและการดำเนินโรค

โรคอัลไซเมอร์จะมีการดำเนินโรคไปอย่างช้า ๆ มีลักษณะสมองเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป (gradual decline) และเสื่อมแบบคงที่ (steady deterioration) ในด้านต่าง ๆ ซึ่งต่างจากสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ที่มีลักษณะสมองเสื่อมเร็ว (sudden onset) เสื่อมแบบเป็นขั้นบันได (stepwise deterioration) (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549) แต่การลุกลามและอาการของโรคอัลไซเมอร์จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคนี้จะมีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 8 – 10 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัย แต่บางรายอาจจะอยู่ได้นานถึง 20 ปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความเจ็บป่วยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ความรุนแรงของโรค และตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549) ดังนั้น

อาการและอาการแสดงของโรคอัลไซเมอร์จะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ออกเป็นหลายแบบ คือ 3 ระยะ หรือ 5 ระยะ หรือ 7 ระยะ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ในขั้นต้นจึงแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ออกเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544; สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2548; Forstl, 2005)

ระยะเริ่มต้น (early stage) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องที่เห็นได้ชัด โดยเฉพาะความจำระยะสั้น จะลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปไม่นาน มักมีคำถามซ้ำ ๆ จนผิดสังเกต แต่จะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ค่อยออก พูดไม่ค่อยถูก บางครั้งอาจต้องใช้คำอธิบายแทนการเรียกชื่อ เริ่มสับสนทิศทางและสถานที่ ถ้าไปอยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคยและมีความยากลำบากในการตัดสินใจ ในระยะนี้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (instrumental activities of daily living) เช่น การคิดบัญชีรายรับรายจ่าย และการดูแลบ้าน จะเริ่มบกพร่อง บางคนจะมีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนไป เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย หรือเฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจงานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ ถอนตัวออกจากสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจเริ่มตระหนักถึงความผิดปกติของตนเองจนเกิดความวิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้าได้ ในระยะนี้ อาจบอกจุดเริ่มต้นได้ยาก เนื่องจากบุคคลใกล้ชิดเข้าใจว่าเป็นอาการหลงลืมตามวัยชรา ซึ่งอาการของโรคในระยะเริ่มต้นจะใช้เวลา 1 – 3 ปี

ระยะกลาง (middle stage) ระยะนี้จะสูญเสียความจำมากขึ้น จำในสิ่งที่เพิ่งทำเสร็จผ่านไปไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การวางของ เริ่มจำญาติห่าง ๆ ไม่ค่อยได้ รวมทั้งความจำในอดีตเริ่มลดลงมากขึ้น การพูดจะลำบากมากขึ้น พูดจาซ้ำ ๆ และพูดเป็นประโยคสั้น ๆ พูดเป็นประโยคยาว ๆ ไม่รู้เรื่อง ในระยะนี้การดูแลตนเองเริ่มบกพร่อง การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันจะยากลำบากมากขึ้น เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ และการแต่งตัว เป็นต้น รวมทั้งไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนได้ เช่น การปรุงอาหาร การใช้โทรศัพท์ และการทำความสะอาด เป็นต้น ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป รวมทั้งมีอาการแสดงทางพฤติกรรมที่ผิดปกติและอาการทางจิตที่เป็นปัญหามากขึ้น เช่น อาการวุ่นวาย (agitation) ไม่สงบ ก้าวร้าว (aggression) เดินเรื่อยเปื่อย (wandering) สับสน (confusion) หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) พฤติกรรมการกินผิดปกติและพฤติกรรมการนอนผิดปกติ (sleep disturbance) เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์,

2551; Morris, 1999; Forstl, 2005) ซึ่งปัญหาดังกล่าว จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและจะเปลี่ยนแปลงไปวันต่อวัน ระยะนี้ จะมีช่วงเวลาประมาณ 2 - 10 ปี

ระยะสุดท้าย (late stage) ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนใกล้ชิดได้ในที่สุด จำชื่อหรือจำตนเองไม่ได้ มีความยากลำบากในการพูด จะพูดซ้ำเป็นคำ ๆ ตามที่ได้ยินคนอื่นพูด ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ยากลำบากในการกลืนหรือกลืนอาหารโดยไม่รู้จักการเคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่ายได้ ไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวได้เองต้องใช้รถเข็นนั่งหรือนอนติดเตียงในที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องได้รับการดูแลทุกอย่าง จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต หรือปอดบวมจากการสำลักอาหาร ระยะนี้ มีช่วงเวลาประมาณ 3 - 12 ปี

จะเห็นได้ว่า โรคอัลไซเมอร์จะมีอาการสมองเสื่อมอย่างช้า ๆ และไม่สามารถกลับคืนได้ ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถหลาย ๆ ด้าน โดยมีการสูญเสียความจำเป็นอาการเด่น และเมื่ออาการดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ จะยิ่งสูญเสียความสามารถไปเรื่อย ๆ จนไม่สามารถดูแลตนเองหรือมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เตรียมพร้อมที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

2.6 การวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์

การวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ต้องอาศัยอาการและอาการแสดง การดำเนินโรคที่สอดคล้อง ร่วมกับการพิจารณาว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่นใดด้วย ซึ่งการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์โดยใช้วิธีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการตรวจประเมินด้านจิตประสาท ดังต่อไปนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.6.1 การซักประวัติ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ จึงต้องมีการซักประวัติความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุหรือกระทบกระเทือนทางสมอง สุขนิสัย การบริโภค และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว รวมทั้งการใช้ยาและสารอื่น ๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค

2.6.2 การตรวจร่างกาย เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยแยกโรค โดยการตรวจทางระบบประสาท เช่น การตรวจการทำงานของเส้นประสาทคู่ต่าง ๆ รวมทั้งการใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Mental State Examination: MMSE) การประเมินทางจิตประสาท และการตรวจร่างกายตามระบบอื่น ๆ

2.6.3 **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** เช่น การตรวจเลือด เพื่อหาความผิดปกติของร่างกายที่อาจมาจากสาเหตุอื่น เช่น การติดเชื้อ ภาวะธัยรอยด์ต่ำ ภาวะตับวาย ภาวะไตวาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและภาพถ่ายรังสีทรวงอก ถ้าสงสัยสาเหตุที่มาจากโรคทางระบบหัวใจและทรวงอก ส่วนการตรวจคลื่นสมอง (EEG) การตรวจสมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT scan) และการตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อตรวจหาความผิดปกติของสมองเช่น สมองฝ่อเหี่ยว มีห้องสมองกว้างขึ้น หรือพบ Amyloid plagues และ Neurofibrillary tangles นอกจากนี้ ยังมีการตรวจ PET scan ที่สามารถดูการทำงานของสมองและตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ราคาแพง (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551)

นอกจากนี้ ในการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ยังต้องมีหลักเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยโรค ซึ่งเกณฑ์ที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน คือ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4thedition (DSM4) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552: 126; Forstl, 2005: 361)

1) มีความผิดปกติของความจำ

2) ผู้ป่วยจะต้องมีความผิดปกติทางด้านเชาวน์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน คือ

2.1) ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (aphasia) คือ ความสามารถในการใช้ภาษาเสีย หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ เช่น พูดไม่ถูก พูดไม่เป็น พูดตก ๆ หล่น ๆ ไม่ครบทุกคำ

2.2) ความผิดปกติในการเคลื่อนไหว (apraxia) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้ ทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ ไม่เป็น ทั้ง ๆ ที่เคยทำได้มาก่อน ถึงแม้ว่ากล้ามเนื้อประสาทการรับรู้และเข้าใจเป็นปกติ เช่น บอกให้หวีผม หรือพนมมือไหว้จะทำไม่ได้

2.3) การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (agnosia) คือ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่มองเห็นเป็นอะไร (visual agnosia) หรือผู้ป่วยไม่ทราบว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร (auditory agnosia) หรือผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนสัมผัสเป็นอะไร เช่น เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก ไม่รู้จักคนในกระจก ไม่รู้ร้อนรู้หนาว

2.4) ความบกพร่องด้านการบริหารจัดการ (disturbance in executive function) คือ ความบกพร่องในด้านการตัดสินใจ การวางแผน การลำดับเหตุการณ์ และการคิดเชิงนามธรรม เช่น แต่งตัวไม่ถูกต้องตามลำดับก่อนหลัง

3) ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา ที่เกิดขึ้นจาก ข้อ 1 และข้อ 2 เป็นเหตุให้เกิดการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ทางสังคม หรือการประกอบอาชีพอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับการทำหน้าที่ที่ผ่านมา

4) ความผิดปกติทางด้านเชาวน์ปัญญาที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใด สาเหตุหนึ่งดังนี้ คือ ภาวะระบบประสาทส่วนกลางที่เป็นเหตุให้เกิดการเสื่อมลงเรื่อย ๆ ในด้านความจำหรือการรับรู้ ภาวะผิดปกติของระบบร่างกายที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการสมองเสื่อม เช่น ภาวะธัยรอยด์ต่ำ การขาดวิตามินบี 12 หรือโฟเลต การติดเชื้อซิฟิลิสส์หรือโรคเอดส์ หรือไม่ได้เกิดจากโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) หรือโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น

5) อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในขณะที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)

2.7 แนวทางการดูแลรักษา

เป้าหมายของการดูแลรักษาจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยคงความสามารถไว้ให้นานที่สุด โดยการชะลอความเสื่อมและกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เหลืออยู่ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2552) ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ สามารถแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ดังต่อไปนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.7.1 การรักษาโดยการใช้ยา (pharmacological management) ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์ได้อย่างประสบความสำเร็จ ยาส่วนใหญ่ที่นำมาใช้เพียงเพื่อชะลอการดำเนินโรค ป้องกันการทำลายเซลล์ประสาท หรือบรรเทาอาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีการใช้ยากลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2549; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.7.1.1 ยากลุ่ม Acetylcholinesterase inhibitors (AChEI) ได้แก่

1) Donepezil (Aricept) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cholinesterase โดยเฉพาะ Acetylcholinesterase จึงช่วยลดการทำลายสาร Acytylcholine ยาชนิดนี้มีคุณสมบัติเป็นตัวกระตุ้น ประคับประคองด้านความจำและการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ในระยะแรกและระยะกลางได้ดี ขนาดที่ใช้ คือ 5 มิลลิกรัม ถึง 10 มิลลิกรัม วันละครั้ง แต่มีผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ และนอนไม่หลับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; ศักดิพัฒน์ แสงสุริยงค์, 2551)

2) Rivastigmine (Exelon) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cholinesterase ทั้ง Acetylcholinesterase และ Butyl cholinesterase ช่วยบรรเทาอาการด้านความจำและการเรียนรู้ รวมทั้งส่งผลดีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย จึงมีประโยชน์กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในระยะแรกและระยะกลาง ขนาดที่ใช้ 1 มิลลิกรัม ถึง 6 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง แต่มีผลข้างเคียง คือ วิงเวียนศีรษะ มึนงง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำหนักตัวลด ซึ่งการปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ จะช่วยลดผลข้างเคียงเหล่านี้ได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

3) Galantamine (Reminyl) เป็นยากลุ่มใหม่ที่ช่วยเพิ่มการหลั่งสาร Acetylcholine และลดการทำลาย Acetylcholine ในสมอง จึงช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และความจำ ขนาดที่ใช้ 4 มิลลิกรัม ถึง 12 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง แต่มีผลข้างเคียง คือ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลด ซึ่งการปรับขนาดยาเพิ่มอย่างช้า ๆ จะช่วยลดผลข้างเคียงเหล่านี้ได้เช่นกัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

จากรายงานการศึกษาวิจัย พบว่า การใช้ยากลุ่ม Acetylcholinesterase inhibitor ทั้ง 3 ชนิดนี้ เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันและช่วยลดปัญหาพฤติกรรมที่พบร่วมได้ รวมทั้งช่วยชะลอการดำเนินโรคอัลไซเมอร์จากระยะแรกไปเป็นระยะกลางและระยะรุนแรง แต่ทั้งนี้ เกณฑ์ในการพิจารณาเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละบุคคลด้วย (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

2.7.1.2 ยากลุ่ม NMDA receptor antagonist เป็นยากลุ่มใหม่ที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในระยะกลางถึงระยะรุนแรง ที่มีชื่อว่า Memantine hydrochloride (Ebixa) โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่ง glutamate ซึ่งเป็นสารพิษทำลายเซลล์สมอง (neurotoxicity) ดังนั้น ยาชนิดนี้ จึงมีฤทธิ์เป็นสารป้องกันเซลล์สมองด้วย (neuroprotection) ขนาดยาที่ใช้ 10 มิลลิกรัม ถึง 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง แต่มีผลข้างเคียงที่อาจเกิด คือ มึนงง ปวดศีรษะ สับสน และประสาทหลอน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551)

2.7.1.3 ยากลุ่ม Neuroprotective agent เป็นยาที่ใช้ป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ พวกสาร Antioxidant ต่าง ๆ ที่มีคุณสมบัติในการลดการทำลายเซลล์จากอนุมูลอิสระ (free radical) แต่ยาที่ได้รับการรับรองผล ในการชะลอการดำเนินโรค คือ วิตามินอี 2000 iu/วัน ส่วนยากลุ่มอื่น ๆ เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่กลุ่ม

สเตียรอยด์ (NSAID) ยากลุ่มฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen replacement therapy) ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีผลดีในการรักษา (ศักดิพัฒน์ แสงสุริยงค์, 2551)

2.7.1.4 ยากลุ่มที่รักษาปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต ได้แก่ ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) เช่น ยา Risperidone ใช้ในการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีอาการ ก้าวร้าว พฤติกรรมเดินไปมาในตอนกลางคืน หรือมีปัญหาการนอนหลับ ยา Olanzapine (Zyprexa) ใช้รักษาอาการหลงผิดและประสาทหลอน ยา Quetiapine (Seroguel) ใช้รักษาอาการก้าวร้าว กระวนกระวาย และหลงผิด เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมียาต้านเศร้า (antidepressant drug) เช่น ยา Fluoxetine (Prozac) ยา Escitalopram (Lexapro) ยา Venlafaxine (Efexor XR) และยา Trazodone เป็นต้น ยาลดความวิตกกังวลหรือยากล่อมประสาท เช่น ยา Alprazolam (Xanax) และยา Lorazepam ที่มักนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ถึงแม้ยาในกลุ่มนี้ จะมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทช่วยปรับความคิดอารมณ์และพฤติกรรมให้ปกติ แต่ยาบางชนิดก็มีผลข้างเคียงที่ควรตระหนักถึง เช่น อาการง่วงซึม ความดันโลหิตลดลง สายตาพร่ามัว ปากแห้ง ท้องผูกและอาการสั่นตัวเกร็งแข็ง หรือผลข้างเคียงที่พบไม่บ่อย แต่เป็นอาการที่รุนแรงมาก คือ อาการสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น อาการอยู่ไม่สุข ซึมเศร้า สับสน และอาการนอนไม่หลับ (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร, 2551)

2.7.2 **การรักษาโดยการไม่ใช้ยา** (non-pharmacological management) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุดในการรักษา ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบ เช่น การรักษาที่เน้นการจัดการกับพฤติกรรม หรือการจัดการทางจิตสังคม (เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2543) ต้องเลือกให้เหมาะสมกับขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและการดำเนินของโรค โดยต้องทำความเข้าใจกับญาติและผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจและยอมรับในเรื่องขีดจำกัดและความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การฝึก การสอนผู้ป่วยต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทนและความพยายามมากเป็นพิเศษ ดังนั้น การรักษาโดยการไม่ใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551: 46-49)

2.7.2.1 **การรักษาที่มุ่งเน้นเชาวน์ปัญญา** (cognition-oriented) เป็นการฝึกเพื่อให้คงไว้ซึ่งเชาวน์ปัญญา ได้แก่

1) Cognitive training หรือ Reality orientation เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้

ความจำดีขึ้น โดยใช้สถานการณ์หรือเหตุการณ์ประจำวันช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งทำได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้ปฏิทิน หนังสือพิมพ์ รายการทีวี หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

2) Memory training เป็นวิธีการฝึกความจำ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมไม่มาก มีความจำที่ยังใช้ได้ เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำให้อยู่ในระดับให้เดิมมากที่สุด โดยต้องประเมินความสามารถทางด้านระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นก่อน เช่น การฝึกจำหน้าคน การฟังเพลงที่คุ้นเคย และการร้องเพลง เป็นต้น

3) Skill training เป็นวิธีการฝึกทักษะ โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ ๆ ที่ง่าย ๆ เพื่อรักษาระดับความรู้ความสามารถให้อยู่ในระดับเดิมมากที่สุด เช่น การแต่งตัว การวาดภาพ และการปั้นดินน้ำมัน เป็นต้น

2.7.2.2 **การรักษาที่เน้นการกระตุ้น** (stimulation-oriented) โดยการรักษาด้วยกิจกรรมสันทนาการ (Recreation therapy) เช่น การเล่นเกมส์ การทำงานฝีมือ หรือศิลปะบำบัด (Art therapy) เช่น การวาดรูป เต้นรำ เป็นต้น

2.7.2.3 **การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์** (emotion-oriented) ด้วยวิธีที่เรียกว่า Reminiscence therapy คือ การกระตุ้นความจำและอารมณ์ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย นำมาสู่การฟื้นความจำและเป็นการช่วยปรับพฤติกรรมและอารมณ์ให้ดีขึ้น หรือการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) หรือการใช้เทคนิคหลาย ๆ อย่าง เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย (Validation therapy) ด้วยการแสดงการยอมรับ รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

2.7.2.4 **การรักษาที่เน้นพฤติกรรม** (behavior-oriented) เพื่อหาสาเหตุและผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม นำมาปรับเปลี่ยนแก้ไขโดยการให้แรงจูงใจ การให้รางวัลและชื่นชม ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมาและลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน และปัสสาวะราด เป็นต้น

2.7.2.5 **การรักษาที่เน้นผู้ดูแล** (caregiver-oriented) โดยการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล (carer support) เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลรักษาและการปฏิบัติ การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (carer support group) การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือและการบริการ เป็นต้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551: 157-158)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่เป็นสาเหตุของสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการสูญเสียความจำร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านเชาวน์ปัญญาที่เสื่อม

ถอยลงไปเรื่อย ๆ จนเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีพฤติกรรมและอารมณ์ เปลี่ยนไปและมีอาการทางจิตเมื่อโรครุนแรงมากขึ้น ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคอัลไซเมอร์ให้หายขาด ถึงแม้จะมีกลุ่มยาที่ช่วยชะลออาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้เกิดช้าลง แต่การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านพฤติกรรมบำบัด การปรับสภาพแวดล้อม การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ดูแล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุด และทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน

3. ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มักมีความผิดปกติของการนอนหลับที่พบได้บ่อยมาก (Chokroyerty, 2000) ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มักจะมีอาการนอนไม่หลับ (Petit et al., 2005) และจากการศึกษาปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์พบว่า มีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Vitiello, 2006) โดยพบความชุก ร้อยละ 20 - 60 (Folstein and Bylsma, 1999; Vitiello and Borson, 2001; Tabloski, 2006)

โรคอัลไซเมอร์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยาของการนอนหลับที่เกิดขึ้นมากกว่าการเสื่อมตามธรรมชาติของกระบวนการชรา (Vitiello, 2006) โดยเฉพาะมีการเสื่อมของสมองที่ควบคุมการหลับและตื่นที่ประสานกับจังหวะทางชีวภาพ (circadian rhythm) ซึ่งส่วนของสมองที่เรียกว่า Suprachiasmatic nucleus ใน Anterior hypothalamus ที่ควบคุมจังหวะวงจรชีวิตเสื่อมลง ทำให้จังหวะเวลาของการหลับและตื่นผิดไปจากเดิม รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรประสาท และสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับกลไกการควบคุมการนอนหลับ ส่งผลให้การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NREM เพิ่มขึ้น ส่วนระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของ NREM และระยะ REM ลดลง ทำให้เกิดความผิดปกติของแบบแผนการนอนหลับหลายรูปแบบที่พบได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรคอัลไซเมอร์ เช่น การนอนหลับยาก ตื่นง่ายและตื่นบ่อยครั้งในเวลากลางคืน ช่วงระยะเวลาการตื่นในแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้ระยะเวลาของการนอนหลับในตอนกลางคืนลดลง ซึ่งจากการศึกษาของ Yesavage et al. (2003) ได้ตั้งเกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ว่ามีปัญหาการนอนไม่หลับ ดังนี้ คือ มีอาการต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง 2 ข้อ จากทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1) การใช้เวลานานกว่าจะหลับ 2) มีระยะเวลาทั้งหมดบนเตียง (Total time in bed: TIB) น้อยกว่า 6 ชั่วโมง 3) มีอาการง่วงนอนและหลับกลางวันมาก 4) รูปแบบการนอนเปลี่ยนไป เช่น ตื่นบ่อยครั้ง หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือตื่นเช้าเกินไป

ความบกพร่องของการนอนหลับจะแย่ลงตามความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Chokroverty, 2000; Petit et al., 2005) เนื่องจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ ความคิด ความจำ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้ภาษา รวมทั้งทักษะในการเคลื่อนไหวที่ลดลงไปเรื่อย ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ เรียนรู้และการปรับตัวลดลงอย่างมาก (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548) โดยเฉพาะในระยะกลางของโรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่สามารถนอนหลับได้เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ และจะตื่นขึ้นกลางดึกบ่อยครั้ง เมื่อระดับเชาวน์ปัญญาเสื่อมถอยลงมากขึ้นไปเรื่อย ๆ จนสูญเสียด้านการรับรู้เวลา สถานที่ จะทำให้เกิดการสับสน หลงผิด และไม่สามารถแยกตามความแตกต่างระหว่างกลางวันและกลางคืนได้ จึงไม่ยอมนอนหลับต่อ หรือจะลุกเดินไปมา มีอาการวุ่นวายในตอนกลางคืน ซึ่งต้องใช้เวลานานมากขึ้นกว่าจะนอนหลับได้อีก ทำให้ระยะเวลาของการนอนหลับในตอนกลางคืนลดลง ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลงจึงมีอาการง่วงนอนและนอนหลับกลางวันมากยิ่งขึ้น (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; Vitiello, 2006) ส่วนในระยะสุดท้ายของโรค พบว่าวงจรการนอนหลับจะสูญเสียโดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยอาจนอนหลับได้ทั้งกลางวันและกลางคืนซึ่งจะตื่นมาเพียงช่วงเวลาสั้น (Petit et al., 2005)

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มักมีปัญหาการนอนไม่หลับที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยอาจมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ซึ่งจากการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ เพศ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Chokroverty, 2000) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยภายใน

Chokroverty (2000) ได้กล่าวถึง ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังนี้

4.1.1 **อายุ** การนอนหลับในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน โดยระยะเวลาการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบประสาทที่ควบคุมการหลับและตื่น และการเปลี่ยนแปลงจังหวะทางชีวภาพไปตามกระบวนการชรา (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Friedman, 2006) โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2552; Petit et al., 2005) ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้าน ซึ่งการศึกษาของ Moran et al. (2005) พบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่มีปัญหาการนอนหลับกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ

4.1.2 **เพศ** จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีหลังหมดประจำเดือน ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้มากขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Tabloski, 2006) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับในเพศหญิงมากขึ้นเช่นกัน (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tractenberg et al. (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 27.6 ซึ่งในจำนวนนี้ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 แต่การศึกษาของ Moran et al. (2005) พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่มีปัญหาการนอนหลับ กับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ

4.1.3 **ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive deficits)** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คำว่า “cognitive deficits” มีการแปลที่หลากหลาย เช่น “ความบกพร่องทางสติปัญญา” “ความบกพร่องของการรู้การเข้าใจ” “ความเสื่อมถอยทางพุทธิปัญญา” “ความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง” หรือ “ความบกพร่องของการรู้คิด” เป็นต้น แต่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้คำว่า “ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา” เนื่องจากเป็นคำที่แสดงความหมายได้ครอบคลุม และเป็นที่นิยมใช้ในด้านประสาทวิทยา หรือด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จะมีทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาหลายด้าน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพของการหลับและตื่น ที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของแบบแผนการนอนหลับ ซึ่งความบกพร่องของการนอนหลับจะทรุดลงตามความรุนแรงของโรค (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Chokroverty, 2000; Petit et al., 2005) เนื่องจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลงทำให้เกิดความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาในด้านต่าง ๆ เช่น ความจำลดลง การรับรู้ ความคิด การใช้เหตุผล การตัดสินใจ การ

ใช้ภาษา รวมทั้งทักษะในการเคลื่อนไหวที่ลดลงไปเรื่อย ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ เรียนรู้ และการปรับตัวลดลงอย่างมาก (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่สามารถนอนหลับได้เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ และจะตื่นขึ้นกลางดึกบ่อย แต่เมื่อเชาวน์ปัญญาเสื่อมถอยลงมากขึ้นไปเรื่อย ๆ จนสูญเสียด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ จะเกิดอาการสับสนไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างกลางวันและกลางคืน หรือไม่รับรู้เรื่องเวลา ทำให้ไม่ยอมนอนหรือต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นกว่าจะหลับได้อีก ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; Vitiello, 2006; Krystal et al., 2009)

จากการศึกษาของ Tractenberg et al. (2003) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 34 ตื่นขึ้นระหว่างคืนและไม่ยอมนอนเพราะคิดว่าเป็นช่วงเวลากลางวัน ร้อยละ 82 มีอาการลุกเดินไปมาตอนกลางคืน ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง และการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับ และนอนหลับกลางวันที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับ การศึกษาของ Tractenberg et al. (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้สูงอายุปกติ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลานานถึงจะหลับ ตื่นบ่อยครั้งและหลับต่อยาก มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือ สับสนและหลงผิดในระหว่างคืน รวมทั้งมีอาการง่วงซึมและหลับมากในช่วงกลางวัน

ดังนั้น ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ย่อมส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ด้วยเช่นกัน

การประเมิน Cognitive function

การประเมิน Cognitive function ควรประเมินในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) การรับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอก (orientation) ความตั้งใจและสมาธิ (attention and concentration) ความสามารถในการใช้ภาษา (language) ความจำ (memory) ความรู้ทั่วไป (general knowledge) การคำนวน (calculation) ขบวนการตัดสินใจ การให้เหตุผลรวมทั้งความคิดรวบยอดแบบนามธรรม (abstract thinking) ประเมินการทำงานของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe function) เช่น การคิด การวางแผน และการตัดสินใจ (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551) จากการศึกษาพบว่า เครื่องมือที่มักนำใช้ประเมิน Cognitive function มีดังนี้

1) Clock drawing test เป็นการทดสอบสมรรถภาพสมอง โดยการวาดหน้าปัดนาฬิกา ซึ่งการทดสอบวิธีนี้จะให้ความจำเพาะสูง แต่ต้องมีความสามารถในการเขียนทำให้มีการจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการศึกษาและเขียนหนังสือได้

2) เครื่องมือตรวจสภาวะทางจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination: MMSE) เป็นเครื่องมือที่มีผู้นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลก (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2548; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551) เนื่องจากเครื่องมือนี้สามารถประเมิน Cognitive function ในด้านต่าง ๆ ได้ คือ การรับรู้ทางด้านเวลาและสถานที่ (orientation) ความจำ (memory) ความตั้งใจ (attention) การคำนวน (calculation) การพูดและการใช้ภาษา (language) และการทดสอบความสามารถในการรับรู้ เข้าใจรูปที่มองเห็นและวาดรูปตามได้ (visuoconstruction) สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนาเครื่องมือ MMSE ทั้งแปลและดัดแปลงออกมาเป็น Chula mental test (CMT), Thai Mental State Examination (TMSE) และ Mini - Mental State Examination Thai-2002 (MMSE-Thai 2002) (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2548) ซึ่งคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ได้จัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai-2002: MMSE-Thai 2002) ที่พัฒนามาจาก MMSE (Folstein, 1975) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยมากขึ้น ทั้งในด้านภาษา วัฒนธรรมและระดับการศึกษา จึงเป็นแบบทดสอบประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาทที่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางความคิด ความจำและพฤติกรรมได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องระดับการศึกษา

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มาเป็นเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ เนื่องจากเป็นแบบทดสอบประสิทธิภาพการทำงานของสมองที่ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน มีความตรง ความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง และเหมาะสมที่จะนำมาประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุโดยไม่มีข้อจำกัดในด้านการศึกษา

4.1.4 โรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Fragoso and Gill, 2007) โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเข่าอักเสบ โรคข้อเสื่อม ปวดหลัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหอบหืด เป็นต้น (สุทธิชัย จิตพันธุ์กุล, 2544; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; Khouzam et al., 2007) ซึ่งอาการของโรคดังกล่าว อาจทำให้เกิดความผิดปกติในระหว่างการนอนและรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Friedman, 2006) จากการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวที่ส่งผลรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ มีดังนี้ (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2550; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; Bliwise, 2005; Krystal et al., 2009)

1) โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหัวใจวาย จะรบกวนการนอนหลับจากอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะในระยะ REM sleep ทำให้นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อย และมักมีปัญหานอนหลับยาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Vitiello, 2006; Krystal et al., 2009)

2) โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด โรคหลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมักจะมีอาการรุนแรงในช่วงกลางคืน ทำให้นอนหลับยาก และหลับไม่สนิท เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคนอนกรน หรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea) ทำให้ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและรู้สึกนอนหลับไม่เพียงพอ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548; สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2549; Bliwise, 2005; Krystal et al., 2009)

3) โรคเบาหวาน จากการศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มักพบว่า มีปัญหาการนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นบ่อยและง่วงนอนมากในตอนกลางวัน ซึ่งสาเหตุของความผิดปกติยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจมีสาเหตุมาจากอาการไม่สบายที่พบร่วมด้วย เช่น อาการปวดและการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

4) โรคกระดูกและข้อ เช่น โรคเข่าอักเสบ โรคgout โรค Rheumatoid arthritis และโรคปวดหลัง เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าว มักมีอาการปวดกระดูกและข้อในตอนกลางคืน ทำให้นอนหลับยากและหลับไม่สนิท (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Bliwise, 2005; Vitiello, 2006; Krystal, 2009)

5) โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น โรคแผลในกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน (Gastroesophageal reflux) ที่ทำให้เกิดอาการปวดท้อง จุกเสียดและปวดบริเวณยอดอก หรืออาจทำให้มีอาการไอเรื้อรัง เนื่องจากมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้นโดยเฉพาะในระยะ REM sleep จึงส่งผลรบกวนการนอนหลับในตอนกลางคืน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Asplund, 1999; Ayalon and Ancoli-Israel, 2006; Krystal, 2009)

6) โรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักจะเกิดปัญหาการนอนไม่หลับ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับบริเวณที่เซลล์ประสาทสมองถูกทำลาย (Krystal, 2009) และ โรคพาร์กินสัน ที่พบว่า มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 60-90 ซึ่งความผิดปกติของการนอนหลับที่พบ คือ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมาก หรือทั้ง 2 อย่าง แต่ส่วนใหญ่มักพบปัญหาการนอนไม่หลับที่เกิดจากอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ เพราะไม่สามารถเคลื่อนไหว (immobility) ตนเองได้ในช่วงกลางคืน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายอย่างมาก หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงจากยา Levodopa ที่ทำให้มีอาการขากระตุกขณะหลับ (restless leg syndrome) หรือเกิดความผิดปกติ

ในระยะ REM sleep ที่มักจะฝันร้าย เมื่อตื่นขึ้นมาจึงมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; ทิพย์สุชน เอี่ยมสอาด และดวงใจ ดวงฤทธ์, 2551; Krystal, 2009)

แสดงให้เห็นว่า การมีโรคประจำตัวจะยิ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมาลย์ รามศิริ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 55.6 ซึ่งปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด คือ ความเจ็บปวดจากโรคทางกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ พวงพยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาศุชะ และศิริพร เปลี่ยนผดุง (2549) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 42.7 ซึ่งปัจจัยด้านร่างกายที่มีผลต่อการนอนหลับมากที่สุด คือ ความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคประจำตัวของแต่ละบุคคล

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เมื่อมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย ความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับอาจจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น (Lugaresi et al., 2000; Vitiello and Borson, 2001; Cole and Richards, 2006; Vitiello, 2006) เนื่องจากการเสื่อมถอยการทำงานของระบบประสาทการรับรู้ การสั่งงาน และความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่ลดลง จะแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมที่ผิดปกติ เมื่อมีอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคประจำตัวอื่น เช่น การตื่นลุกเดินไปมาและมีอาการวุ่นวายในตอนกลางคืน (nocturnal agitation and wandering) ที่สาเหตุมาจากความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด หายใจไม่สะดวก หรือต้องการปัสสาวะ เป็นต้น (Vitiello and Borson, 2001; Burns et al., 2005; Petit et al., 2005) หรือการแสดงพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าวที่มีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้า หรืออาการเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทาเท่าที่ควร (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549)

4.1.5 **ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ** ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วยหลายอย่าง ซึ่งสมาคมจิตเวชผู้สูงอายุนานาชาติ (International Psychogeriatric Association, 1996 อ้างถึงใน พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547: 30) ได้ให้ความหมายของปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ว่าหมายถึง อาการที่ประกอบด้วยความแปรปรวนของการรับรู้ เนื้อหาของความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นบ่อย ๆ ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

สำหรับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จะพบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่แตกต่างกันไปในแต่ละราย และจะเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรค (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552) ซึ่งจากการศึกษาพบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ดังนี้

1) **อาการกระสับกระส่าย วุ่นวาย และก้าวร้าว** (agitation and aggression) เป็นการแสดงอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย หงุดหงิด ร่วมกับอารมณ์โกรธที่แสดงออกในลักษณะก้าวร้าว ซึ่งสาเหตุมาจากการได้รับสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม หรือไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการ หรือการแปลการกระทำและคำพูดผิดไป ซึ่งอาจพบร่วมกับอาการสับสน ประสาทหลอน หรืออาการวุ่นวายและลุกเดินไปมาในตอนกลางคืน (nocturnal agitation and wandering) ที่ทำให้ไม่สามารถนอนหลับต่อได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Petit et al., 2005; Krystal, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวถึง ร้อยละ 65 และการศึกษาของ Moran et al. (2005) ที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมวุ่นวายและก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มต้นและระยะกลาง ส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับมากที่สุด

2) **อาการหวาดระแวงและหลงผิด** (paranoid and delusional) เป็นการแสดงอาการทางจิต ที่เกิดจากการแปลความหมายของสิ่งเร้าบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เช่น หวาดระแวง คิดว่า คู่สมรสนอกใจ มีคนมาขโมยของ คนรอบข้างไม่ซื่อสัตย์ หรือบ้านที่อยู่ไม่ใช่บ้านตนเอง เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลต่อการนอนหลับ โดยเฉพาะถ้ามีอาการเกิดขึ้นในช่วงตื่นระหว่างคืน จะทำให้ไม่ยอมนอนหลับต่อ หรือนอนหลับยากมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Moran et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่มีสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ โดยพบอาการสับสน หวาดระแวงและหลงผิดถึง ร้อยละ 54.5

3) **อาการประสาทหลอน** (hallucination) เป็นการแสดงอาการทางจิตที่เกิดจากการรับรู้ว่ามีสิ่งเร้าทั้งที่ไม่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนมีหลายชนิดแต่ที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางตา และประสาทหลอนทางหู เช่น เห็นภาพหลอน ได้ยินเสียงแว่วหรือเสียงคนมากระซิบ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย ทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะถ้าเกิดในช่วงกลางคืนจะทำให้มีปัญหาการนอนไม่หลับตามมาได้ (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinforiani et al. (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นในช่วงตื่นระหว่างคืน คือ มองเห็นภาพหลอน จึงทำให้นอนหลับต่อยากขึ้น

4) **พฤติกรรมผิดปกติ** (activity disturbances) ที่พบมีหลายแบบ ได้แก่ การเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย (wandering) ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น ต้องการไปห้องน้ำแต่ไปไม่ถูก หรือต้องการหนีจากสิ่งที่รู้สึกกลัว หรือต้องการหาใครบางคน

เป็นต้น พฤติกรรมที่ทำซ้ำ ๆ (compulsive behavior) เช่น การถามคำถามซ้ำ ๆ หรือทำกิจกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ พฤติกรรมต่อต้าน เป็นการแสดงอาการต่อต้านในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ ไม่ยอมไปเข้าห้องน้ำ หรือไม่ยอมนอน เป็นต้น หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลต่อการนอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McCurry et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีพฤติกรรมที่ผิดปกติในตอนกลางคืน เช่น ลุกเดินไปมา ไม่ยอมนอน พูดหรือถามซ้ำ ๆ เป็นต้น จนส่งผลให้มีปัญหาการนอนหลับตามมา

5) **พฤติกรรมการนอนที่ผิดปกติ** ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ มักพบปัญหาการไม่นอนหลับ เช่น นอนหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นบ่อย โดยเฉพาะเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น วงจรการหลับและตื่นอาจมากกว่า 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี 1 วัน สลับกับการตื่นตลอดใน 1 วัน เป็นต้น นอกจากนี้ ปัญหาการนอนไม่หลับอาจจะเป็นอาการแสดงของภาวะสับสนในด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล หรือมาจากความวิตกกังวล และซึมเศร้า (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tractenberg et al. (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะมีปัญหานอนหลับยาก ตื่นบ่อย ตื่นขึ้นระหว่างคืนและไม่ยอมนอน เพราะคิดว่าเป็นช่วงเวลากลางวัน หรือลุกเดินไปมาร่วมกับมีพฤติกรรมผิดปกติ

6) **ภาวะซึมเศร้า (depression)** เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551) และมักพบอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการวุ่นวาย หลงผิด อาการวิตกกังวล รวมทั้งปัญหาการนอนไม่หลับ (สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ, 2547; Folstein and Bylsma,1999; Tabloski, 2006; Vittello, 2006) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวงจรการหลับและตื่น คือ การนอนในระยะ NREM 1 เพิ่มขึ้น แต่ระยะ NREM 3, NREM 4 และ REM sleep latency ลดลง จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; Culebras, 2000; Krystal, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 30 มีอาการซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับการนอนไม่หลับ และตื่นเช้ากว่าปกติ

7) **ภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัว (anxiety and phobia)** มักจะพบในระยะแรก ๆ ของโรค โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการวิตกกังวล และกลัวการถูกทอดทิ้ง มักเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น อาการซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย และร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ซึ่งอาการเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับตามมาได้ (สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ, 2547; สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Petit et al., 2005)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ อาจมีหลายปัญหาที่มักจะเกิดร่วมกัน ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์

4.2 ปัจจัยภายนอก

Chokroverty (2000) ได้กล่าวถึง ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังนี้

4.2.1 ประเภทของยาที่ได้รับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย (Burns et al., 2005) จึงมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชรา ทำให้การตอบสนองต่อยาและการออกฤทธิ์เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งผลจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน โอกาสที่ยาจะทำปฏิกิริยากันเป็นไปได้มากก่อให้เกิดผลข้างเคียงมากขึ้น รวมทั้งอาจทำให้อาการสมองเสื่อมรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Mulsant and Pollock, 2009) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักจะลืมหรือหลับทำให้ได้รับยาไม่ถูกต้องตามขนาดที่เป็นจริงหรือผิดเวลา ทำให้เกิดผลเสียด้านอื่น ๆ ตามมาเช่นกัน (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬาภรณ์ สมรูป, 2550) จากการศึกษาพบว่า มียาหลายประเภทที่ส่งผลต่อการนอนหลับ ทั้งประเภทที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ กับประเภทที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **ประเภทยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ** ได้แก่ ยาลดความวิตกกังวลหรือยากล่อมประสาท เช่น ยา Alprazolam (Xanax), Lorazepam (Ativan) Diazepam และ Tranxene ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เช่น Dimenhydrinate (Dramamine), Motilium และ Metoclopramide (Plasil) ยาแก้แพ้ เช่น ยา Chlorpheniramine, Loratadine และ Telfast ยาระงับปวด เช่น Codine, Morphine และ Tramadol ยาต้านอาการทางจิตที่มีฤทธิ์กดประสาท เช่น ยา Haloperidol (Hadol), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), Risperdal และ Thioridazine เป็นต้น ยาต้านเศร้าในกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง ได้แก่ ยากลุ่ม Norepinephrine and specific serotoninergic antidepressants (NaSSAs) เช่น ยา Mirtazapine (Remeron) และ Trazodone (Desirel) หรือยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น ยา Amitriptyline, Clomipramine และ Tolvon เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Meiner and Lueckenotte, 2006; Dauvilliers, 2007; Mulsant and Pollock, 2009)

2) **ประเภทยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ** ได้แก่ ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ยา Digoxin, Diltiazem และ Nifedepine ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ง่วงนอน แต่นอนไม่หลับ ตามองเห็นภาพซ้อนและประสาทหลอนได้ ยาปิดกั้นเบต้า เช่น ยา Propanolol, Atenolol และ Metroprolol จะทำให้ตื่นบ่อยหรือฝันร้าย ยาลดความดันโลหิต เช่น ยา Apressoline, Adalat และ Minipress มีผลรบกวนการนอนหลับ โดยทำให้การนอนหลับในระยะ REM sleep ลดลง จึงตื่นบ่อยในตอนกลางคืน จึงมีอาการง่วงนอนและอ่อนเพลียในตอนกลางวัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ส่วนยาขับปัสสาวะ เช่น ยา Hydrochlorothiazide และ Furosemide ทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน จึงรบกวนการนอนหลับ (ปราณี ทู้ไพเราะ, 2551; ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร, 2551) ยารักษาโรคพาร์กินสันบางชนิด เช่น ยา Levodopa มีผลข้างเคียงทำให้ฝันร้าย สับสน ประสาทหลอนและนอนไม่หลับ (Dauvilliers, 2007) หรือเกิดอาการขากระตุกในระหว่างหลับได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) รวมทั้งการได้รับยาต้านเศร้าบางกลุ่มที่มีฤทธิ์หรือผลข้างเคียงที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น Fluoxetine (Prozac), Escitalopram (Lexapro), Paroxetine (Seroxat) และ Sertraline (Zoloft) หรือยากลุ่ม Selective and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) เช่น ยา Venlafaxine (Efexor XR) หรือยากลุ่ม Norepinephrine and dopmine reuptake inhibitors (NDRIs) เช่น ยา Bupropion โดยการออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดภาวะตื่นตัว (arousal) และลดระยะ REM sleep ทำให้ตื่นบ่อยครั้งในเวลากลางคืน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549; สมภพ เรืองตระกูล, 2550; สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Petit et al., 2005; Khouzam et al., 2007; Mulsant and Pollock, 2009)

นอกจากนี้ ยารักษาในกลุ่มอาการสมองเสื่อม เช่น ยา Aricept มักมีผลข้างเคียงที่พบบ่อยและทำให้ไม่สุขสบาย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; Petit et al., 2005) หรือเกิดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อและนอนไม่หลับ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; Dauvilliers, 2007) หรือยา Exelon มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและนอนไม่หลับ (สมภพ เรืองตระกูล, 2549; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; Mulsant and Pollock, 2009) ซึ่งในการรักษามักจะเริ่มให้ยาในขนาดต่ำก่อนแล้วค่อย ๆ ปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ จะช่วยลดอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) จึงเห็นได้ว่า ประเภทของยาที่ได้รับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์อาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

4.2.2 กิจกรรมทางสังคม จากแนวคิดของ Havighurst (1968 cited in Hess, 2004) ที่เชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในด้านความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย แต่ยังมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมจะทำให้ยังคงบทบาทและสถานภาพเป็นที่ยอมรับ ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เกิดความพึงพอใจและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้สภาวะร่างกาย จิตใจและสังคมดีขึ้น จึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนชอบ สนใจและเหมาะสมกับกระบวนการสูงอายุ และจากแนวคิดของ Taylor (1983 อ้างถึงใน จันทนา มหามงคล, 2547) ได้กล่าวว่า กิจกรรมทางสังคม หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ได้มีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น ควรเป็นกิจกรรมทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นสุขสมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางสังคมมีอิทธิพลต่อวงจรการนอนหลับและตื่น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548) โดยลดระยะเวลาการนอนหลับกลางวันที่มากเกินไป และส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; สมภพ เรืองตระกูล; Vitiello and Borson, 2001; McCurry and Ancoli-Israel, 2003) ซึ่งกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับดี เช่น การออกกำลังกาย การฟังดนตรี เต้นรำ ร้องเพลง กิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การทำบุญ สวดมนต์ การละหมาด การนั่งสมาธิ หรือการเข้าร่วมงานบุญตามเทศกาลของแต่ละศาสนา เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2552; Lai and Good, 2005; Sunuttra Taboonpong et al., 2008) โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ควรได้รับการส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือสังคม เช่น กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ มีความสุข ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าลงได้ และสามารถเบี่ยงเบนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นให้ลดน้อยลง หรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหา (เทียม ศรีคำจักร์, 2544; เอื้อมพร สกุลแก้ว, 2549) รวมทั้งส่งเสริมให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Petit et al., 2005; Vitiello, 2006) แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบและเหมาะสมกับสภาวะของผู้สูงอายุ (สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ, 2547)

จากการศึกษาของ Shirota et al. (2000) พบว่า ระดับของการมีกิจกรรมในช่วงกลางวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sullivan and Richards (2004) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้การนอนหลับดีขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Cole and

Richards (2006) รายงานว่า การมีกิจกรรมทางกายในระหว่างวันจะช่วยส่งเสริมให้การนอนหลับกลางคืนดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนอนหลับกลางวันมากเกินไปจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เสื่อมถอยลงเร็วขึ้น และเกิดปัญหาการนอนหลับตามมาได้ (Lee et al., 2007; Mitty and Hores, 2009)

ดังนั้น ผู้สูงอายุถึงแม้จะมีข้อจำกัดในด้านความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย แต่ยังคงมีความต้องการและมีความสามารถที่จะปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมต่อไปได้ การรักษาระดับกิจกรรมให้คงไว้สม่ำเสมอเหมาะสม ตามสภาวะของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้มีสภาวะร่างกาย จิตใจและสังคมดีขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

4.2.3 **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการนอนหลับอย่างมาก เนื่องจากมีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่หรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป หรือมีการรับรู้ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการสับสนเรื่อง เวลา สถานที่ และบุคคล รวมทั้งการสูญเสียความจำหรือบกพร่องในการสื่อสาร จึงแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมวุ่นวายและลุกเดินไปมาตอนกลางคืน พฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีอาการหงุดหงิด โมโห ซึ่งเป็นการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อเหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มากระทบโดยเกิดจากการได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Chokroverty, 2000; Tabloski, 2006; Khouzam et al., 2007)

1) เสียง เสียงดังเกินไปจะกระตุ้นให้เกิดความเครียด ไม่สุขสบาย ร่วมกับการแสดงพฤติกรรมวุ่นวายและก้าวร้าวได้

2) แสง การที่มีแสงสว่างมากเกินไป อาจจะกระตุ้นให้นอนไม่หลับหรือเกิดอาการสับสนระหว่างเวลากลางวันหรือกลางคืน และเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึกจึงไม่ยอมนอนหลับต่อ (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549) หรือถ้ามืดเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย อาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมหวาดระแวงและหลงผิดได้ (อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552)

3) อุณหภูมิ อากาศที่ร้อนหรือหนาวเกินไปทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย เกิดอาการกระวนกระวาย หงุดหงิด และโมโหได้

4) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เช่น การเปลี่ยนบุคคลที่นอนร่วมห้อง หรืออุปกรณ์เครื่องนอนที่ผิดไปจากเดิม เช่น เปียกแฉะจากปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือการเปลี่ยนที่นอน เป็นต้น จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด หรือเกิดความรู้สึกไม่

สุขสบายจนอาจแสดงอาการวุ่นวาย ไม่สงบ และก้าวร้าว ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Lugaresi et al., 2000; Burns et al., 2005; Petit et al., 2005)

ดังนั้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจึงมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ด้วยเช่นกัน

5. ผลกระทบจากปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549, สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Petit et al., 2005; Vitiello, 2006)

1. การดำเนินของโรคจะทรุดลงเร็วขึ้น เนื่องจากการนอนหลับที่ดีโดยเฉพาะในระยะ REM sleep มีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำและการรับรู้ ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง จะทำให้ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง การดำเนินของโรคจะทรุดลงเร็วมากขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Krystal et al., 2009; Lyketsos, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee (2007) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีระดับของความเสื่อมถอยทางเชาวน์ปัญญาที่สัมพันธ์กับการนอนหลับกลางวันที่มากขึ้น และส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

2. ปัญหาพฤติกรรมอาจเพิ่มความรุนแรงขึ้น เนื่องจาก ปัญหาการนอนหลับยากหรือตื่นบ่อยครั้งในตอนกลางคืน อาจส่งเสริมให้เกิดปัญหาพฤติกรรมด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น เมื่อเกิดอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนในช่วงระหว่างการตื่น อาจทำให้มีอาการวุ่นวาย ลุกเดินไปมา หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแลได้ (Tractenberg et al., 2003; Moran et al., 2005, Tractenberg et al., 2005)

3. ความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น พลัดตกหกล้ม หรือเกิดจากการทำร้ายตนเองหรือคนใกล้ชิด เป็นต้น (จันทร์ศิริ มีดี, 2549; Hill et al., 2007)

4. นำไปสู่การผูกยึด ซึ่งปัญหาการนอนไม่หลับที่มักเกิดร่วมกับพฤติกรรมวุ่นวาย ลุกเดินไปมา หรือพยายามหนีออกจากบ้านเนื่องจากหลงผิดคิดว่าไม่ใช่บ้านตนเอง อาจนำไปสู่แนวทางการผูกยึดหรือถูกกักขังได้

5. การใช้ยากับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ ตามมาได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.5 มีอาการนอนไม่หลับ ในจำนวนนี้ แก้ปัญหาด้วยการรับประทานยานอนหลับ

6. ปัญหาที่สร้างความลำบากใจและเป็นอุปสรรคต่อการดูแล (Aarsland et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ สภาวรัตน์ เทพประสงค์ (2548) ที่พบว่า ปัญหาการนอนหลับและตื่นไม่เป็นเวลาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นอุปสรรคต่อการดูแลอย่างมาก

7. ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแล (อรพิชญาไกรฤทธิ์, 2552; McCurry et al., 2007) การที่ผู้ป่วยไม่นอนในเวลากลางคืนเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเดือดร้อนมากที่สุด เพราะไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ จนทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นหรืออาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาของ ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2547) ที่ศึกษาผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยที่มีผลเสริมให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล ส่วนหนึ่งมาจากความเหนื่อยล้าในการดูแล และเครียดที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยเฉพาะที่เกิดในช่วงกลางคืน

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีนั้น อาจเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หรือบุคคลในครอบครัว จนอาจนำไปสู่ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจตามมา

6. บทบาทของพยาบาล

6.1 บทบาทในด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการสมองเสื่อม ที่มีอาการและอาการแสดงค่อนข้างซับซ้อนก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลหลาย ๆ ด้าน ในขณะที่ความสามารถทางสมองค่อย ๆ ลดลง ความต้องการในการดูแลควบคุมและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจะเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่นำความลำบากใจมาสู่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปวันต่อวันและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้น การประเมินผู้ป่วยจะมุ่งรวมไปถึงผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและชุมชน เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการและ

วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม โดยให้การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ สิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่สุด คือ การให้การดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไปและการให้บริการทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ได้นานที่สุด ลดการเป็นภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัว ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น การพยาบาลผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เป็นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551: 160-161)

1) การประเมิน (assessment) เป็นการประเมินทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐานะ เครือข่ายความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสิ่งแวดล้อม เพื่อหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) การวางแผน (planning) ในการวางแผนการพยาบาล จะต้องสอดคล้องกับการดำเนินของโรค เนื่องจากอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับและระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะลดน้อยลงทุกวัน ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจะต้องมีการวางแผนคาดการณ์ล่วงหน้า เพื่อที่จะให้การพยาบาลที่เหมาะสมและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเมื่อมีอาการเพิ่มมากขึ้น โดยมีระบบการช่วยเหลือที่เหมาะสมทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ การวางแผนการพยาบาลจะต้องระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ เช่น ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ ปัญหาการติดต่อสื่อสาร และปัญหาความเครียดในผู้ดูแล เป็นต้น

3) การนำไปใช้ (implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปใช้อย่างระมัดระวัง พยาบาลต้องตระหนักถึงประเด็นทางจริยธรรมในการดูแล ให้การพยาบาลโดยเคารพความเป็นมนุษย์และความมีศักดิ์ศรีของบุคคล รวมทั้งพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค รูปแบบในการดูแลและทักษะในการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

4) การประเมินผล (evaluation) ควรมีการประเมินผลการพยาบาลและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการให้การพยาบาลที่เหมาะสม และให้ความช่วยเหลือทันท่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า โรคอัลไซเมอร์เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรในทีมสุขภาพหรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักและให้ความสนใจ ร่วมมือกันที่จะเตรียมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

6.2 บทบาทในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์

ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จัดเป็นปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมาก การที่ผู้ดูแลไม่ทราบแนวทางในการจัดการกับปัญหาหรือขจัดสาเหตุอย่างถูกวิธี อาจทำให้ความรุนแรงของปัญหาเพิ่มมากขึ้น หรือเกิดผลกระทบในแง่ลบกับผู้สูงอายุได้อย่างไม่ตั้งใจ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการให้มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง เพื่อจัดการกับปัญหาและช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีให้กับผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ดังนี้

6.2.1 บทบาทในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยการวิเคราะห์ปัญหา สร้างทีมการดูแล รวมทั้งให้มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

6.2.2 บทบาทในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยพยาบาล ต้องมีความสามารถในการดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน (direct care) ซึ่งประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาการนอนหลับ โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีหรือไม่ ค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย โดยใช้หลักการประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

2. การวางแผนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับการดำเนินไปของโรค และต้องวางแผนแบบคาดการณ์ล่วงหน้า (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งรูปแบบการพยาบาลที่ให้กับบุคคลหนึ่งอาจนำไปใช้กับอีกบุคคลไม่ได้ผลเท่าที่ควร พยาบาลจึงต้องสามารถวิเคราะห์ และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

3. การบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินเกี่ยวกับการให้การพยาบาล เพื่อขจัดสาเหตุหรือการจัดการกับปัญหาการนอนหลับ ในการจัดการกับปัญหาการนอนหลับแบบไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

และยังเป็นวิธีที่ดีที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถสอนและชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1) อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดปัญหาหารนอนหลับ เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจและมีส่วนร่วมในการค้นหา วางแผนตลอดจนการจัดการกับปัจจัยดังกล่าว

2) ให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552; อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552)

3) ให้ความรู้กับผู้ดูแล ถึงวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังนี้ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2548; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552; Krystal, 2009)

3.1) พยายามจัดตารางเวลาการนอนให้เป็นประจำและคงที่

3.2) คอยเตือนผู้สูงอายุ เมื่อใกล้ถึงเวลานอน

3.3) พยายามหลีกเลี่ยงการนอนหลับในช่วงกลางวัน แต่อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลังอาหารกลางวันที่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง และไม่ควรให้นอนหลับ หลังเวลา 15.00 น.

3.4) ลดการดื่มน้ำเมื่อใกล้เวลานอน และจัดเวลาให้ผู้สูงอายุปัสสาวะก่อนเข้านอนเป็นประจำทุกครั้ง

3.5) หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวัน

3.6) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอในช่วงกลางวัน เช่น การพาเดินเป็นประจำในช่วงเช้าและช่วงเย็น หรือจัดให้มีกิจกรรมในด้านอื่น ๆ

3.7) จัดสภาพแวดล้อมของห้องนอนให้เหมาะสม เช่น แสงสว่างไม่มากเกินไปจนทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เข้าใจว่า เป็นเวลากลางวัน หรือมืดเกินไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ห้องนอนต้องเงียบปราศจากเสียงรบกวน และมีอุณหภูมิที่พอเหมาะ

3.8) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับแสงแดดในเวลาที่เหมาะสม เพื่อควบคุมจังหวะวงจรชีวิต ถ้าได้รับแสงแดดในตอนเช้า 1-2 ชั่วโมง จะทำให้วงรอบการหลับและตื่นสมดุลมากยิ่งขึ้น จึงควรให้ผู้สูงอายุตื่นนอนตอนเช้าอย่างสม่ำเสมอ และทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่างในตอนเช้า (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

6.2.3 บทบาทในการติดต่อประสานงาน โดยประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนและให้การดูแลช่วยเหลือ จัดการกับปัญหาการนอนหลับได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน

6.2.4 บทบาทในการให้คำปรึกษาทางคลินิกให้กับพยาบาล ทีมดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

6.2.5 ติดตามและมีการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงมีการประเมินสภาพผู้ดูแล สนับสนุนให้กำลังใจ แนะนำวิธีการปรับสภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการช่วยเหลือและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

ดังนั้น หลักสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ คือ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค มีความอดทน ใจเย็น และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง บูรณาการณ์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการให้มีระบบการดูแลและจัดการกับปัญหาได้ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแล ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้าน ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และระบบเกื้อหนุนทางสังคมอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ศึกษาประสิทธิภาพของยา Galantamine ที่มีต่ออาการทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุไทย จำนวน 14 คน โดยการใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (BEHAVE- AD) และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ The Pitsburgh Sleep Quality Index ติดตามผลทุกสัปดาห์ที่ 0, 8, 12 และ 24 จากการศึกษาพบว่า ยา Galantamine มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการทำให้สติปัญญาและอาการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยดีขึ้น

สกาวรัตน์ เทพประสงค์ (2548) ศึกษา อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 83 ราย จากการศึกษาพบว่า ปัญหาการนอนหลับและตื่นไม่เป็นเวลาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นอุปสรรคต่อการดูแลถึง ร้อยละ 78.3 ในจำนวนนี้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคมาก ร้อยละ 22.9 โดยมีสาเหตุมาจากการที่ผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อมตื่นขึ้นกลางดึกและลุกเดินไปมา และไม่ยอมนอนหลับต่อเพราะมีอาการสับสนหลงผิดคิดว่าเป็นเวลากลางวัน

พวงพยอม ปัญญาดี และคณะ (2549) ศึกษาการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ จำนวน 220 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 42.7 โดยพบปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ ร้อยละ 66.37 ตื่นนอนตั้งแต่เช้ามืด ร้อยละ 50.4 หลับได้ยากหลังจากตื่นกลางดึก ร้อยละ 30.9 นอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง และร้อยละ 75.9 มีการงีบหลับในตอนกลางวัน ซึ่งปัจจัยที่มีผลรบกวนการนอนหลับ คือ 1) ปัจจัยด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการนอนหลับมากที่สุด คือ ความเจ็บปวด 2) ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ และบุคคลที่นอนร่วมห้อง 4) ด้านวิถีการดำเนินชีวิต คือ การงีบหลับตอนกลางวัน

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ (2551) ศึกษาการวิเคราะห์ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในคลินิกความจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ จำนวน 104 คน จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 อายุเฉลี่ย 73.9 ปี เป็นโรคอัลไซเมอร์มากที่สุด ร้อยละ 56.2 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16.9 และศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจถึง ร้อยละ 78.0 ซึ่งพบอาการหวาดระแวงและหลงผิดมากที่สุด ร้อยละ 66.0 รองลงมาคือ ปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 48.0 พฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 40.0 พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 38.0 และอาการประสาทหลอน ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมอง พบมีอาการหวาดระแวงและหลงผิด และพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 50.0

Ohadinia et al. (2004) ศึกษาปัญหาการนอนไม่หลับและการนอนหลับกลางวันของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 35 คน และกลุ่มผู้สูงอายุปกติ มีอายุเฉลี่ย 66.7 ปี จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ มีปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 66.6 และการนอนหลับกลาวัน ร้อยละ 71.4 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุปกติที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 45.6 และการนอนหลับกลางวัน ร้อยละ 23.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับกลางวันของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย พบมีการนอนกลางวัน ร้อยละ 50, 68.8, และร้อยละ 84.6 ตามลำดับ และพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีความสัมพันธ์กับปัญหาการ

นอนไม่หลับ โดยพบพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 68.5 สับสน หวาดระแวง ร้อยละ 41.2 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.1

Sullivan and Richard (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวงจรการหลับและตื่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแล จำนวน 171 คน เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 32.4 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.1 หรือเป็นทั้ง 2 โรค ร้อยละ 1.7 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวงจรการหลับ-ตื่น ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สมรรถภาพสมอง ชนิดของภาวะสมองเสื่อม โรคประจำตัว และภาวะซึมเศร้า ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ยาที่ได้รับ การมีกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียง แสง อุณหภูมิและบุคคลรอบข้าง

Moran et al. (2005) ศึกษาปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ระยะเริ่มต้นและระยะกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ที่มารับบริการในคลินิกความจำ จำนวน 224 คน มีอายุเฉลี่ย 74.9 ปี MMSE มีค่าเฉลี่ย 18.3 และประเมินปัญหาการนอนหลับโดยใช้แบบประเมิน Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) จากคำถามข้อที่ 19 ในด้านวงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 24.5 ซึ่งในกลุ่มนี้พบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับมากที่สุด คือ พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ความวิตกกังวล ร้อยละ 67.3 พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ร้อยละ 65.5 และอาการสับสน หลงผิด ร้อยละ 54.5

Tractenberg et al. (2005) ศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้สูงอายุที่ปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 263 คน และผู้สูงอายุที่ปกติ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 27.6 มากกว่าผู้สูงอายุปกติที่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 18.3 ซึ่งผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ พบมีปัญหาการนอนหลับในเรื่องต่าง ๆ คือ ร้อยละ 36.0 ตื่นเช้ากว่าปกติ ร้อยละ 25.5 ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีถึงจะหลับ ร้อยละ 24.1 ตื่นบ่อยมากกว่า 2 ครั้งในระหว่างคืน รวมทั้งมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด พบร้อยละ 33.1หรือมีอาการง่วงซึมและหลับมากในช่วงกลางวันพบมากถึง ร้อยละ 67.9

McCurry et al. (2006) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการรายงานของผู้ดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 46 ราย มีอายุเฉลี่ย 63-93 ปี เป็นผู้หญิง ร้อยละ 54 และประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือ Wrist actigraphy ร่วมกับการประเมินจากผู้ดูแลโดยใช้

แบบประเมิน The Pitsburgh Sleep Quality Index (PSQI) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ 8.6 ซึ่งพบว่า ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับที่น้อยกว่า 85 เปอร์เซนต์ มีร้อยละ 59 และมีปัญหาการนอนหลับในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ มากกว่า 2 เรื่อง คือ ร้อยละ 80.4 ตื่นขึ้นบ่อยในระหว่างคืน ร้อยละ 34.8 ลุกเดินวุ่นวายหรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติในตอนกลางคืน ร้อยละ 32.6 ตื่นเช้าเกินไป ร้อยละ 30.4 นอนหลับยาก และร้อยละ 17.4 มีอาการสับสน หลงผิดในเรื่องวัน เวลา และมีการนอนหลับกลางวันมากถึง ร้อยละ 60.9 ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิผลของการนอนหลับของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองและภาวะซึมเศร้า

Lee (2007) ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับกลางวันและการทำหน้าที่ที่เสื่อมถอยลงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 137 ราย จากการรายงานของผู้ดูแล โดยศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการนอน เวลาตื่นและการนอนหลับกลางวัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอัลไซเมอร์กับกลุ่มปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จะเข้านอนเร็วกว่า ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับมากกว่า และนอนหลับกลางวันนานกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับของความเสื่อมถอยทางเชาวน์ปัญญามีความสัมพันธ์กับการนอนหลับกลางวันที่มากขึ้น และการนอนหลับกลางวันที่มากขึ้นส่งผลต่อการทำหน้าที่ที่ลดลงของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์

Sinforiani et al. (2007) ศึกษาอาการประสาทหลอนและวงจรการหลับ-ตื่น ของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 218 คน จากการรายงานของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 74.3±6.8 ปี เป็นโรคอัลไซเมอร์ระยะต้นและระยะกลาง MMSE มีค่าเฉลี่ย 18.5±3.9 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีอาการประสาทหลอน ร้อยละ 12 ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 69 มีอาการประสาทหลอนที่เกิดในช่วงตื่นระหว่างคืน และส่วนมากเกิดอาการประสาทหลอนทางตา คือ มองเห็นภาพหลอนถึง ร้อยละ 76.9 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนในช่วงวงจรการนอน คือ มีพฤติกรรมรุนแรงที่สัมพันธ์กับการนอนหลับที่เกิดจากการฝันร้าย ร้อยละ 31 ซึ่งพบมากกว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่ไม่มีอาการประสาทหลอน

Fernandez–Martinez et al. (2008) ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการทางจิตประสาทในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน ส่วนใหญ่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 75 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 13 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.9 มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 เรื่อง ซึ่งในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะพบอาการเฉยเมย วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 54.3, 32.1, 30.9 และ 29.6 ตามลำดับ)

ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบอาการเฉยเมย วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 42.9, 42.9, 42.9 และ 21.4 ตามลำดับ)

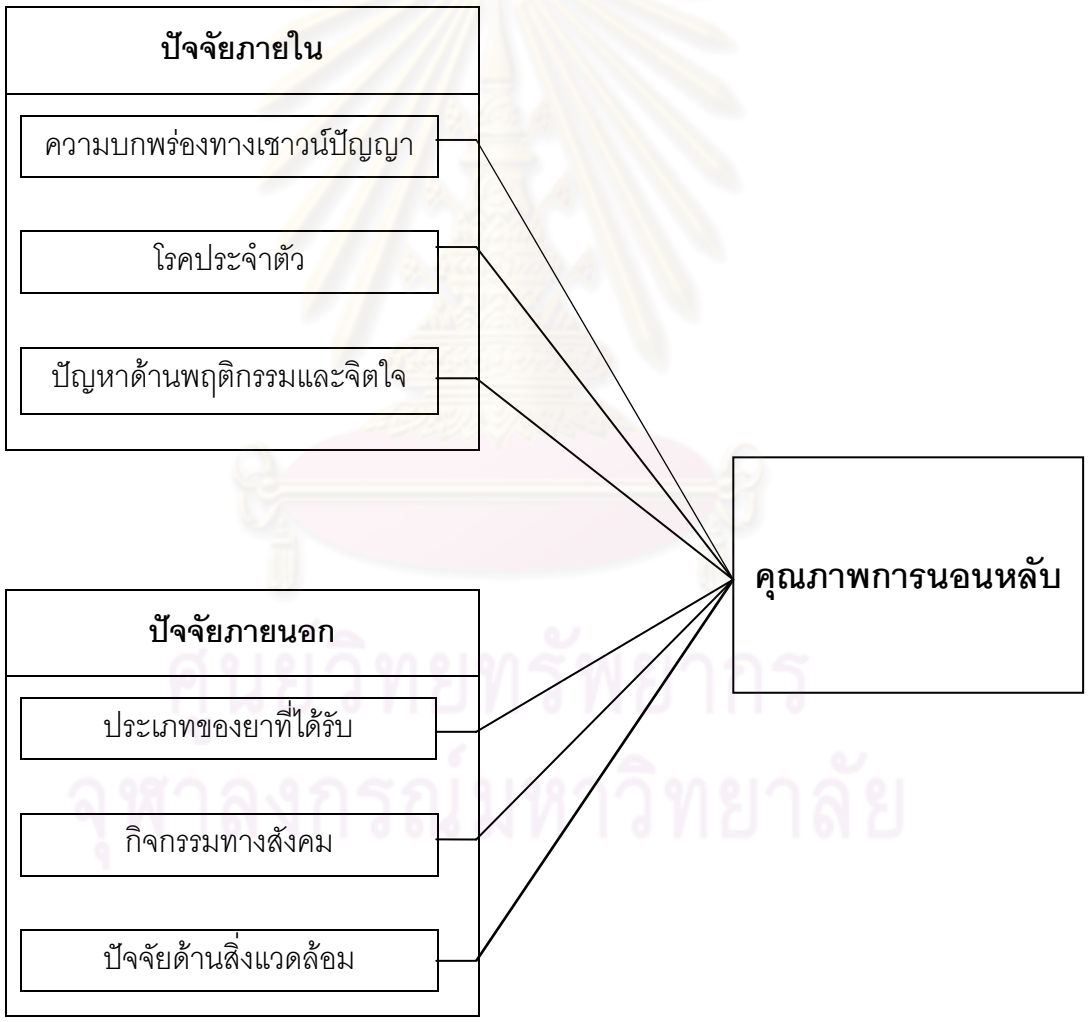
Rao et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับและการนอนหลับกลางวันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่พักอยู่ในสถานดูแลระยะยาว รัฐ Maryland โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะต้น จำนวน 38 คน (ร้อยละ 30.7) ระยะกลาง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 40.3) และระยะรุนแรง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 29.0) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางมีปัญหาการนอนไม่หลับมากที่สุด ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้น ร้อยละ 38.5 แต่ปัญหาการนอนหลับกลางวันมากผิดปกติ จะพบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 53.8 ส่วนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต้นและระยะกลางจะพบเท่ากัน คือ ร้อยละ 23.1

Siwaporn Chankrachang et al. (2008) ศึกษาประสิทธิภาพของยา Galantamine ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุไทยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 58 ราย โดยการใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pitsburgh Sleep Quality Index ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Buysse et al. (1989) ติดตามผลทุกสัปดาห์ที่ 0, 8, 12 และ 24 จากการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.10± 3.08 ซึ่งยากาแลนทามีนมีความปลอดภัยและช่วยให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ในระยะต้นและระยะกลางดีขึ้น

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เป็นเรื่องที่สำคัญและควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน และจากการศึกษาจากแนวคิดและทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงน่าสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดที่ได้จากการศึกษาเอกสารและตำรา ผสมผสานกับข้อมูลหลักฐานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังนี้ คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในกรอบแนวคิด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา ในระหว่างเดือน พฤษภาคม 2553 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553 จำนวนทั้งสิ้น 120 คู่ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่มีผู้ดูแลหลัก
2. ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ในฐานะ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติ และให้การดูแลต่อเนื่องมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
3. ผู้ดูแลหลักต้องพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และต้องไม่มีประวัติการใช้ยานอนหลับหรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้หลับ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เพื่อสามารถเป็นผู้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$N \geq 10K + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 7 ตัว)

$N \geq (10 \times 7) + 50$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ 120 คู่

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) มีรายละเอียดดังนี้

1. สำรวจโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิของรัฐบาล ที่มีคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่น รวมทั้งมีความหลากหลายของชนิดของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 9 แห่ง ทั่วประเทศ แต่พบว่า กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดเดียวที่มีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เปิดให้บริการคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุมากที่สุด คือ 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเลือกศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร

2. สุ่มโรงพยาบาลมา 4 แห่ง จากทั้งหมด 7 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ซึ่งผลจากการสุ่มได้โรงพยาบาล ดังนี้ คือ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา

3. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่ม 4 แห่ง ตามสัดส่วนของผู้มารับบริการ ในช่วงระหว่างวันที่ 14 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

4. สำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนหน้าห้องตรวจ และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์สัมภาษณ์คนเว้นคน จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	95	40
โรงพยาบาลรามาธิบดี	82	35
สถาบันประสาทวิทยา	75	30
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	22	15
รวม	**274**	**120**

จากการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแล จำนวน 120 คู่ ซึ่งมีรายละเอียด ดังในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
อายุ (ปี)				
60 - 69	18	15.00		
70 - 79	57	47.00	76.96	7.31
80 ปีขึ้นไป	45	37.50		
เพศ				
ชาย	40	33.30		
หญิง	80	66.70		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	19	15.80		
ประถมศึกษา	58	48.30		
มัธยมศึกษา	18	15.00		
อนุปริญญา	8	6.70		
ปริญญาตรี	14	11.70		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.50		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)				
น้อยกว่าหรืออยู่ในช่วง 3 ปี	66	55.00	3.57	2.26
4 - 6	41	34.20		
7 - 9	10	8.30		
มากกว่า 9 ปี	3	2.50		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีอายุเฉลี่ย 76.96 ปี (SD = 7.31) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.50 เป็นเพศหญิง จำนวน 80 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.70 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 58 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.30 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์อยู่

ในช่วง 3 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.00 โดยเฉลี่ย มีระยะเวลาการเจ็บป่วย เท่ากับ 3.57 ปี (SD = 2.26)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 120 คน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการดูแล

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 30 ปี	6	5.00		
30 - 39	14	11.70		
40 - 49	34	28.30		
50 - 59	31	25.80	52.23	14.21
60 ปีขึ้นไป	35	29.20		
เพศ				
ชาย	19	15.80		
หญิง	101	84.20		
สถานภาพสมรส				
โสด	40	33.30		
คู่	76	63.30		
หย่า	2	1.70		
หม้าย	2	1.70		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.70		
ประถมศึกษา	18	15.00		
มัธยมศึกษา	22	18.30		
อนุปริญญา	23	19.20		
ปริญญาตรี	39	32.50		
สูงกว่าปริญญาตรี	16	13.30		

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
อาชีพ				
เกษตรกร	3	2.50		
รับจ้าง	22	18.30		
ค้าขาย	19	15.80		
รับราชการ	15	12.50		
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	3.30		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	42	35.00		
อื่น ๆ	15	12.50		
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ				
คู่สมรส	28	23.30		
บุตร	75	62.50		
หลาน	13	10.80		
พี่น้อง	4	3.40		
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)				
น้อยกว่า 3 ปี	54	45.00		
4 - 6	42	35.00	4.57	2.91
7 - 9	10	8.30		
มากกว่า 9 ปี	14	11.70		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีอายุอยู่ในช่วง 18-85 ปี และเป็นผู้สูงอายุ (มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) มากที่สุด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 29.20 โดยเฉลี่ยมีอายุ เท่ากับ 52.23 ปี (SD = 14.21) เป็นเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็น ร้อยละ 84.20 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ในฐานะบุตร จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมา เป็นคู่สมรส จำนวน 28 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.30 โดยมีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 3 ปี มากที่สุด จำนวน 54 คน คิดเป็น ร้อยละ 45.00 แต่โดยเฉลี่ย ระยะเวลาในการดูแล เท่ากับ 4.57 ปี (SD = 2.91)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย** ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอัลไซเมอร์ โรคประจำตัว และประเภทของยาที่ได้รับในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเองจากแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วย

2. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล** ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการดูแล โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) มีรายละเอียดดังนี้

1. เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองที่คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al. (1975) ซึ่งสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา (อ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้)

2. ลักษณะของแบบทดสอบ มี 11 ข้อใหญ่ ๆ ที่เป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.1 **การรับรู้ทางด้านเวลาและสถานที่ (orientation)** ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ด้านเวลา (orientation for time) และการรับรู้ด้านสถานที่ (orientation for place) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 1, 2 มีคะแนนรวม 10 คะแนน

2.2 **ด้านความจำ (memory)** ประกอบด้วยการบันทึกความจำ (registration) และการทดสอบความจำระยะสั้น (recall) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 3, 5 มีคะแนนรวม 6 คะแนน

2.3 **การทดสอบความตั้งใจ (attention) และการคำนวน (calculation)** ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุ ลบเลขในใจจาก 100 ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ จนครบ 5 ครั้ง (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ต้องทำการประเมินข้อนี้) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 4 มีคะแนนรวม 5 คะแนน

2.4 **ด้านการพูดและภาษา (language)** ซึ่งประกอบด้วย การบอกชื่อสิ่งของ (naming) การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (repetition) การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (verbal command) การทดสอบการอ่านและทำตามสิ่งที่อ่าน (written command) โดยให้ผู้สูงอายุอ่านคำที่กำหนดไว้ (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ต้องทำการประเมินข้อนี้) และการทดสอบการเขียน (writing) โดยให้ผู้สูงอายุเขียนประโยคที่มีความหมายมา 1 ประโยค ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 6, 7 , 8, 9 และข้อที่ 10 มีคะแนนรวม 8 คะแนน (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือไม่ต้องทำการประเมินข้อ 9, 10)

2.5 **ด้านการใช้เหตุผล การคิดแบบนามธรรม** หมายถึง ความสามารถที่จะจัดการกับความรู้ โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลเพื่อการแก้ปัญหา เช่น การให้ผู้สูงอายุวาดรูปตามตัวอย่างที่กำหนด ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 11 มีคะแนน 1คะแนน

3. **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** เนื่องจากเครื่องมือนี้ได้นำมาใช้เป็นมาตราฐานในการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว จากการหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และความมีประสิทธิภาพ (efficiency) โดยจำแนกตามระดับการศึกษา ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 35.4 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 78.6 และความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ร้อยละ 54.3

3.2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 56.6 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.8 และความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ร้อยละ 76.3

3.3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6 และความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ร้อยละ 92.4

4. **เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ดูตัวอย่างเครื่องมือในหน้า 147 - 149 ภาคผนวก ค)

4.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบในข้อ 4, 9, 10) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ว่า ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาน้อย (cut of point $\leq$ 14 คะแนน)

4.2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาน้อย (cut of point $\leq$ 17 คะแนน)

4.3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาน้อย (cut of point $\leq$ 22 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale: Behave-AD) เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วัดด้วยแบบสอบถามของ Reisberg (1987) ที่แปลโดย นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในและต่างประเทศ

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือ แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ นันทิกา ทวิชาชาติ (2546) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ลักษณะของแบบประเมิน เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 26 ข้อ และใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในแต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0 - 3 แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการ (Symptomatology) เป็นการประเมินอาการและอาการแสดงทางพฤติกรรมและจิตใจในลักษณะต่าง ๆ มีทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่

1) อาการหวาดระแวงและหลงผิด (paranoid and delusional ideation) มีจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อคำถามที่ 1- 7

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งอาการประสาทหลอนมีหลายชนิด ได้แก่ ประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) ประสาทหลอนทางจมูก (olfactory hallucination) ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) และประสาทหลอนด้านการเคลื่อนไหว (kinesthetic hallucination) คำถามมีจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 8 - 12

3) พฤติกรรมผิดปกติ (activity disturbances) คำถามมีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อที่ 13 - 15

4) อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว (aggressiveness) คำถามมีจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อที่ 16 - 18

5) วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลงไป (diurnal rhythm disturbances) คำถามมีจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 19

6) อารมณ์แปรปรวน คำถามมีจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อที่ 20 - 21

7) ความวิตกกังวลและหวาดกลัว (anxieties and phobias) คำถามมีจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อที่ 22 - 25

ส่วนที่ 2 การประเมินโดยรวม (Global rating) เป็นการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ว่าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในระดับความรุนแรงใด คำถามมีจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 26

4. **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** เนื่องจากเครื่องมือนี้ได้นำมาใช้เป็นมาตราฐ่านในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .96 และค่าความตรง เท่ากับ .89 (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2546) สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .80 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้เท่ากับ .81

5. **เกณฑ์การแปลผลคะแนน** เป็นการวัดโดยรวมของคะแนนในแต่ละส่วน ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้

ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 75 คะแนน หากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้

เกณฑ์ว่า ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมาก ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจน้อย

ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 3 คะแนน ถ้าได้คะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มาเฉพาะส่วนที่ 1 เท่านั้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วัดจากการสังเกตของผู้ดูแล ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Havighurst (1968 cited in Hess, 2004) และ Taylor (1983 อ้างถึงใน จันทนา มหามงคล, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในและต่างประเทศ

2. ศึกษาแนวคิดของ Havighurst (1968 cited in Hess, 2004) และ Taylor (1983 อ้างถึงใน จันทนา มหามงคล, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

3. กำหนดข้อคำถามและมาตรวัด ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านกิจกรรมนันทนาการ มี 6 ข้อ ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย มี 4 ข้อ และด้านกิจกรรมทางศาสนา มี 5 ข้อ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ประจำ หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม ให้ 5 คะแนน

บ่อยมาก หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเกือบทุกครั้งที่มีกิจกรรม ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ย 2 สัปดาห์ครั้ง หรือทำกิจกรรมบ้าง ไม่ทำกิจกรรมบ้าง ให้ 3 คะแนน

นานครั้ง หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง หรือนาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคย หมายถึง ไม่มีการทำกิจกรรมเลย หรือไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ให้ 1 คะแนน

4. **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1) **การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 คน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้สูงอายุ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการนอนหลับ และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550) ซึ่งผลการตรวจสอบได้ค่า CVI เท่ากับ .87 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือใหม่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการมากขึ้น ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1) ในคำชี้แจง ของแบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ “แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางศาสนา ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน” ควรแก้ไข โดยให้ลดระยะเวลา จาก 1 ปี เป็น 6 เดือน

1.2) ปรับข้อคำถามใหม่ 7 ข้อ คือ ข้อ 3, 6, 7, 11, 12, 14 และข้อ 15 มีรายละเอียด ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
3. ผู้สูงอายุดูการแสดงที่เกี่ยวกับความบันเทิง เช่น ละคร ลิเกหรือดนตรี เป็นต้น	3. ผู้สูงอายุดูการแสดงที่เกี่ยวกับความบันเทิง เช่น ละคร ลิเก การแสดงตลกหรือดนตรี จากโทรทัศน์ ในโรงละครหรือในงานต่าง ๆ
6. ผู้สูงอายุได้เล่นเกมกีฬา เช่น เกมตีลูกโป่ง เกมโยนลูกบอล เป็นต้น ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	6. ผู้สูงอายุได้เล่นเกมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น เกมตีลูกโป่ง เกมโยนลูกบอล การเล่นหมากรุก หรือการเล่นเกมต่อภาพ เป็นต้น
7. ผู้สูงอายุได้เดินออกกำลังกายภายในบริเวณบ้าน	7. ผู้สูงอายุได้เดินเพื่อการออกกำลังกายภายในบริเวณบ้าน
11. ผู้สูงอายุได้ทำบุญตักบาตร	11. ผู้สูงอายุได้ใส่บาตรตอนเช้า
12. ผู้สูงอายุสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน	12. ผู้สูงอายุสวดมนต์ไหว้พระ
14. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำบุญทอดกฐิน ทอดผ้าป่า หรือสนับสนุนกิจกรรมของวัด	14. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำบุญ เช่น การทอดกฐิน ทอดผ้าป่าหรือสนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา
15. ท่านพาผู้สูงอายุไปร่วมพิธีทางศาสนาในวันสำคัญ เช่น วันวิสาขบูชา หรือวันเข้าพรรษา เป็นต้น	15. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในพิธีทางศาสนาในวันสำคัญ เช่น วันวิสาขบูชา หรือวันเข้าพรรษา เป็นต้น

2) **การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เครื่องมือทั่ว ๆ ไป ควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป (DeVellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2552) แต่หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550) ซึ่งผลการตรวจสอบได้ เท่ากับ .81 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี

3) **การวิเคราะห์รายข้อ (item analysis)** เพื่อตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Corrected Item -Total Correlation) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ว่าเป็นข้อคำถามที่ดีต้องมีค่า +.30 ขึ้นไป (Jacobson, 1988 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อ ในแต่ละด้าน ได้ผลดังนี้ คือ

3.1) ด้านกิจกรรมนันทนาการ มี 6 ข้อ คือ คำถามข้อ 1-6 ได้ค่า Corrected Item- Total Correlation อยู่ในช่วง .40 - .65 ถือว่าเป็นข้อคำถามที่ดีทุกข้อ

3.2) ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย มี 4 ข้อ คือ คำถามข้อ 7-10 ได้ค่า Corrected Item-Total Correlation อยู่ในช่วง .10 - .65 ซึ่งพบว่า คำถามข้อ 9 เป็นข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item- Total Correlation เท่ากับ .10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์

3.3) ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย มี 5 ข้อ คือ คำถามข้อ 11-15 ได้ค่า Corrected Item- Total Correlation อยู่ในช่วง .67 - .84 ถือเป็นข้อคำถามที่ดีทุกข้อ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดคำถามข้อ 9 คือ “ผู้สูงอายุได้บริหารร่างกาย เช่น รำมวยจีน ไทเก๊ก โยคะ เป็นต้น” ออก ทำให้แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถามทั้งหมดเป็น 14 ข้อ และเมื่อนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach ’s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .82 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น และเมื่อใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

5. **เกณฑ์การแปลผลคะแนน** โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2548)

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 - 1.49	ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยที่สุด
1.50 - 2.49	ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย
2.50 - 3.49	ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง
3.50 - 4.49	ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก
4.50 - 5.00	ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วัดจากการสังเกตของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lugaresi et al. (2000) และ Petit et al. (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ศึกษาแนวคิดของ Lugaresi et al. (2000) และ Petit et al. (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

3. กำหนดข้อคำถามและมาตรวัด ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับ เสียง แสง อุณหภูมิ เพื่อนร่วมห้อง และเครื่องนอน ที่มีผลรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ สัปดาห์ละ 1–2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มี ให้ 5 คะแนน
บ่อยมาก	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเกือบทุกครั้งที่มี ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ เฉลี่ย 2 สัปดาห์ครั้ง ให้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ เดือนละ 1 ครั้ง ให้ 2 คะแนน
ไม่เคย	หมายถึง	สิ่งแวดล้อมนั้นไม่รบกวนการนอนหลับ หรือไม่เคยเกิดขึ้น ให้ 1 คะแนน

4. **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1) **การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้สูงอายุ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านการนอนหลับ และพยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

มาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550) ซึ่งผลการตรวจสอบได้ค่า CVI เท่ากับ .90 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือใหม่ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยการปรับข้อคำถามใหม่ 4 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 5 และข้อ 10 มีรายละเอียดดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. สภาพอากาศที่ร้อนทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึก หรือนอนไม่หลับ	1. สภาพอากาศที่ร้อนเกินไปรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ
4. ความมืดภายในห้องนอน ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับหรือตื่นขึ้นกลางดึก และไม่ยอมนอน เนื่องจากกลัวความมืด	4. ห้องนอนที่มืดเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับผู้สูงอายุ
5. เสียงที่เกิดจากการปฏิบัติภารกิจของท่าน เช่น เสียงจากการลุกเดินเข้าห้องน้ำ เสียงกรน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึกหรือนอนไม่หลับ	5. เสียงที่เกิดจากการทำกิจกรรมของท่าน เช่น การลุกเดินเข้าห้องน้ำ การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือเสียงกรน เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึก หรือนอนไม่หลับ
10. ภายในห้องนอนของผู้สูงอายุเปิดไฟสว่างตลอดคืน ทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึกและไม่ยอมนอน เพราะคิดว่าเป็นเวลากลางวัน	10. ภายในห้องนอนของผู้สูงอายุเปิดไฟสว่างตลอดคืน ทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึกและไม่ยอมนอน

2) **การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เครื่องมือทั่ว ๆ ไป ควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป (DeVellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2552) ถ้าเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร,

2550) ซึ่งผลการตรวจสอบได้ เท่ากับ .74 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และเมื่อใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .78

3) **การวิเคราะห์รายข้อ (item analysis)** เพื่อตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Corrected Item -Total Correlation) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ว่าเป็นข้อคำถามที่ดีต้องมีค่า +.30 ขึ้นไป (Jacobson, 1988 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุไปใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อ ได้ค่า Corrected Item- Total Correlation อยู่ในช่วง .30 - .56 ถือเป็นข้อคำถามที่ดีทั้งหมด

5. **เกณฑ์การแปลผลคะแนน** โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2548)

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
1.00 - 1.49	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับน้อยที่สุด
1.50 - 2.49	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับน้อย
2.50 - 3.49	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับปานกลาง
3.50 - 4.49	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับมาก
4.50 - 5.00	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ The Pittsburgh Sleep Quality Index สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Buysse et al. (1989) โดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) เป็นผู้แปล และธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ได้นำมาใช้วัดคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสังเกตของผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	คำถามข้อที่	คำตอบ / ระดับคะแนน			
		0	1	2	3
1. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย	9	ดีมาก	ดี	ไม่ค่อยดี	ไม่ดีเลย
2. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ	2	≤ 15 นาที	16–30 นาที	31–60 นาที	> 60 นาที
3. ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน	4	> 7 ชั่วโมง	6–7 ชั่วโมง	5–6 ชั่วโมง	< 5 ชั่วโมง
4. ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย $\frac{(\text{คำตอบข้อ } 4)\times 100}{(\text{คำตอบข้อ } 3 - \text{ข้อ } 1)}$	1, 3, 4	> 85 %	75-84 %	65-74 %	< 65 %
5. การรบกวนการนอนหลับ	(5.1+5.2+5.3 +5.4+5.5+5.6 +5.7+5.8+5.9 +5.10+5.11)	ไม่มีการรบกวน (คะแนนรวม = 0)	รบกวนการนอนเล็กน้อย (คะแนนรวม = 1-11)	รบกวนการนอนมาก (คะแนนรวม = 12-22)	รบกวนการนอนมากที่สุด (คะแนนรวม = 23-33)
6. การใช้ยานอน หลับ	6	ไม่เคย	< 1ครั้ง/สัปดาห์	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	≥ 3ครั้ง/สัปดาห์
7. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (คำตอบข้อ 7+ ข้อ 8)	7, 8	ไม่มีปัญหา (คะแนนรวม = 0)	มีปัญหาเล็กน้อย (คะแนนรวม = 1-2)	มีปัญหามาก (คะแนนรวม = 3-4)	มีปัญหามากที่สุด (คะแนนรวม = 5-6)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การศึกษาของ ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ที่นำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index มาใช้วัดคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการสังเกตของผู้ดูแล และตรวจสอบความเที่ยงจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .83 สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .80 และเมื่อใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81

3. **เกณฑ์การแปลผลคะแนน** เป็นการวัดโดยรวมจากคะแนน ทั้ง 7 องค์ประกอบ โดยจะมีคะแนน ตั้งแต่ 0 – 21 คะแนน ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้

คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี

คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธบดี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดของเรื่องที่จะทำวิจัย ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยต้องผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละสถาบันก่อน ซึ่งใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงได้รับอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลได้ ประมาน 6-16 สัปดาห์

2. เมื่อผู้วิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากในแต่ละโรงพยาบาล และได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อและขอพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวช หรือคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกที่ได้รับการอนุญาติ ตามวันและเวลาของแต่ละโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถาบันประสาทวิทยา

คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ	ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน	เวลา 13.00-16.00 น.
คลินิกความจำ	ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน	เวลา 13.00-16.00 น.

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คลินิกจิตเวช	ทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี	เวลา 08.00-12.00 น.
คลินิกผู้สูงอายุ	ทุกวันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.

โรงพยาบาลรามาธิบดี

คลินิกความจำ	ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 2, 4 ของเดือน	เวลา 08.00-12.00 น.
คลินิกจิตเวช	ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 1, 3 ของเดือน	เวลา 08.00-12.00 น.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คลินิกจิตเวช	ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.
คลินิกความจำ	ทุกวันพฤหัสบดี	เวลา 08.00-12.00 น.

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถาบันประสาทวิทยา ในคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน คือ วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 และวันที่ 11 มิถุนายน 2553 และในคลินิกความจำ ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน คือ วันที่ 25 มิถุนายน 2553 และวันที่ 30 กรกฎาคม 2553

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในคลินิกจิตเวช ทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี เริ่มวันที่ 1 มิถุนายน 2553 ถึงวันที่ 16 มิถุนายน 2553 และในคลินิกผู้สูงอายุ ทุกวันศุกร์ของเดือน คือ เริ่มวันที่ 14 พฤษภาคม และวันที่ 4 ,11 และ 18 มิถุนายน 2553

โรงพยาบาลรามาธิบดี ในคลินิกความจำ ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน คือ วันที่ 9, 23 มิถุนายน และวันที่ 14, 28 กรกฎาคม 2553 และคลินิกจิตเวช ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 1, 3 ของเดือน คือ วันที่ 16, 30 มิถุนายน และวันที่ 7, 21 กรกฎาคม 2553

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในคลินิกจิตเวช ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เริ่มวันที่ 21 มิถุนายน 2553 ถึงวันที่ 29 กรกฎาคม 2553 และในคลินิกความจำ ทุกวันพฤหัสบดีของเดือน คือ วันที่ 17, 24 มิถุนายน และวันที่ 1, 15, 22, 29 กรกฎาคม 2553

3. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองกับพยาบาลประจำคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลัก โดยประเมินคุณสมบัติของผู้ดูแลหลักให้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อน จากนั้นแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมวิจัยและอนุญาติให้ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลหลักอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จนเข้าใจก่อนให้เซนต์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กับผู้ดูแลหลัก โดยให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินด้วยตนเอง ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งใช้เวลา 10 - 15 นาที

4.2 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ตามรายละเอียดดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอัลไซเมอร์ โรคประจำตัว และยาที่ได้รับ ข้อมูลส่วนนี้ ผู้วิจัยทำการบันทึกเองจากแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วย

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-THAI 2002) ผู้วิจัยจะทำการทดสอบกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เป็นรายบุคคล โดยข้อที่ 1 และ ข้อที่ 2 ของแบบทดสอบ ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบคำถามทีละข้อ ส่วนข้อที่ 3 ถึงข้อที่ 11 ผู้วิจัยจะอ่านคำสั่งในข้อนั้น ๆ ให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่งทีละข้อ ใช้เวลา 10 - 15 นาทีต่อคน

3) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยจะนำแบบประเมินไปสอบถามลักษณะอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นการถามทีละข้อร่วมกับให้ผู้ดูแลบรรยายลักษณะอาการของผู้สูงอายุให้ผู้วิจัยฟัง และพิจารณาให้คะแนนไปทีละข้อจนครบ ใช้เวลา 10 - 15 นาทีต่อคน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลข้อใดขาดหายไปจะซักถามจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม

6. ดำเนินการตามข้อ 3 - 5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 4 โรงพยาบาล คือ สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 15 คน โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 35 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน

7. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-45 นาที ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คู่ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก รอพบแพทย์ แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างถูกเรียกให้พบแพทย์ ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัยทันที และจะเริ่มดำเนินการอีกครั้งในช่วงรอเบิกยา หรือเมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ซึ่งในช่วงเวลานี้ เป็นช่วงที่ผู้ดูแลเร่งรีบและมีภาระกิจที่ต้องทำต่อเนื่องในขั้นตอนการเบิกยา จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างบางรายขอออกจากโครงการวิจัยก่อน ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์และไม่สามารถนำมาใช้ในการวิจัยต่อไปได้ เป็นเหตุให้ต้องใช้ระยะเวลาในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ จะเริ่มดำเนินการได้เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธบดี ในขั้นตอนการดำเนินการจริง ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตัวเองในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประเภทของยาที่ได้รับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนอายุ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนอายุ และระยะเวลาในการดูแล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ (ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา) ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation) ส่วนโรคประจำตัวกับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณ์จร (Contingency coefficient)

5. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณ์จร (Contingency coefficient) ส่วนกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation)

6. การทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง < 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าระหว่าง 0.30 – 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าระหว่าง 0.70 – 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกัน แต่หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 120 คู่ ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจากแบบประเมินทั้ง 6 ส่วน และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 – 6

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรคประจำตัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 –14

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรคประจำตัว กับคุณภาพการนอนหลับ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 15 – 16

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17 – 18

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 – 6

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามระดับคะแนน (n = 120)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	ระดับคุณภาพการนอนหลับ
0 - 5	39	32.50	3.82	1.39	ดี
6 - 21	81	67.50	9.28	1.45	ไม่ดี
โดยรวม	**120**	**100**	**7.43**	**3.40**	**ไม่ดี**

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\bar{X}$ = 9.28, SD = 1.45) และกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ($\bar{X}$ = 3.82, SD = 1.39) มีจำนวน 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.50 โดยรวม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\bar{X}$ =7.43, SD = 3.40)

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ (n = 120)

องค์ประกอบคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
ดีมาก	12	10.00
ดี	67	55.80
ไม่ค่อยดี	40	33.30
ไม่ดีเลย	1	0.80

ตารางที่ 5 (ต่อ)

องค์ประกอบคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที	5	4.20
16-30 นาที	42	35.00
31-60 นาที	66	55.00
มากกว่า 60 นาที	7	5.80
ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน		
มากกว่า 7 ชั่วโมง	34	28.30
6-7 ชั่วโมง	44	36.70
5-6 ชั่วโมง	40	33.30
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	2	1.70
ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย		
มากกว่า 85 เปอร์เซนต์	54	45.00
75-84 เปอร์เซนต์	40	33.30
65-74 เปอร์เซนต์	14	11.70
น้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์	12	10.00
การรบกวนการนอนหลับ		
ไม่มีการรบกวนการนอนหลับ	1	0.80
รบกวนการนอนหลับเล็กน้อย	71	59.20
รบกวนการนอนหลับมาก	47	39.20
รบกวนการนอนหลับมากที่สุด	1	0.80
การใช้ยานอนหลับ		
ไม่เคยใช้เลย	93	77.50
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	19	15.80
ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	5	4.20
ใช้มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3	2.50

ตารางที่ 5 (ต่อ)

องค์ประกอบคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน		
ไม่มีปัญหา	46	38.30
มีปัญหาเล็กน้อย	44	36.70
มีปัญหาพอสมควร	25	20.80
มีปัญหามาก	5	4.20

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี จำนวน 67 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.80 รองลงมา คือ ไม่ค่อยดี จำนวน 40 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.30 ด้านระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ พบว่า ร้อยละ 55.00 อยู่ในช่วง 31-60 นาที รองลงมา คือ ช่วง 16-30 นาที จำนวน 42 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.00 ด้านระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 6-7 ชั่วโมง จำนวน 44 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.70 รองลงมา คือ อยู่ในช่วง 5-6 ชั่วโมง จำนวน 40 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.30 ส่วนด้านประสิทธิผลการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิผลการนอนหลับที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 85 เปอร์เซนต์) เพียง ร้อยละ 45 ซึ่งส่วนใหญ่จะต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 85 เปอร์เซนต์) โดยอยู่ในช่วง 75-84 เปอร์เซนต์ มากที่สุด จำนวน 40 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.30 ในด้านการรบกวนการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.20 ถูกรบกวนการนอนหลับเล็กน้อย รองลงมา คือ ถูกรบกวนการนอนหลับมาก จำนวน 47 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.20 แต่ด้านการใช้ยานอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 93 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.50 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ รองลงมา คือ ใช้ยานอนหลับน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.80 และในด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีเพียงร้อยละ 38.30 ที่ไม่มีปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาเล็กน้อย จำนวน 44 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.70 รองลงมา คือ มีปัญหาพอสมควร จำนวน 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.80

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (n = 120)

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	คุณภาพการนอนหลับดี (คะแนน 0-5)		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (คะแนน > 5)		ผลรวมของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (คะแนน 0 - 7)	20	16.70	17	14.20	37	30.80
มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (คะแนน 8 - 75)	19	15.80	64	53.30	83	69.20

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในจำนวนนี้ มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 64 คน คิดเป็น ร้อยละ53.30 และมีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.80 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ พบเพียง จำนวน 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.80 โดยมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 17 คน คิดเป็น ร้อยละ14.20 และมีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.70

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรคประจำตัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 – 14

2.1 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรคประจำตัว แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 – 10

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน ของสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามระดับการศึกษา (n = 120)

ระดับการศึกษา	สมรรถภาพสมอง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ไม่ได้รับการศึกษา (cut of point < 14)	19	9.50	7.53	4.01
ประถมศึกษา (cut of point < 17)	58	47.90	12.48	5.09
สูงกว่าประถมศึกษา (cut of point < 22)	43	42.60	14.98	6.49

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 42.60 มีค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองสูงสุด เท่ากับ 14.98 (SD = 6.49) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 47.90 มีค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมอง เท่ากับ 12.48 (SD = 5.09) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา มีจำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.50 มีค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองต่ำสุด เท่ากับ 7.53 (SD = 4.01)

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน (n = 120)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	ระดับของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
0 – 7	37	30.90	3.86	2.09	ไม่มีปัญหา
8 – 75	83	69.10	16.19	7.35	มีปัญหา
โดยรวม	**120**	**100**	**12.39**	**8.44**	**มีปัญหา**

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 83 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.10 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.90 โดยรวม คะแนนเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เท่ากับ 12.39 (SD = 8.44)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามรายด้าน (n = 120)

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	$\bar{X}$	SD
อาการหวาดระแวงและหลงผิด	3.84	3.54
พฤติกรรมผิดปกติ	2.01	1.81
ความวิตกกังวลและหวาดกลัว	1.66	1.86
ไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว	1.49	1.73
อาการประสาทหลอน	1.47	1.82
วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลง	1.19	.96
อารมณ์แปรปรวน	.78	1.04
โดยรวม	**12.39**	**8.44**

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีคะแนนเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในด้านอาการหวาดระแวงและหลงผิดสูงสุด เท่ากับ 3.84 (SD = 3.54) รองลงมา คือ ด้านพฤติกรรมผิดปกติ ความวิตกกังวลและหวาดกลัว และอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว ($\bar{X}$ = 2.01, 1.66, 1.49 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ อารมณ์แปรปรวน ($\bar{X}$ = .78)

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ ของโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกในแต่ละโรค (n = 120)

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	21	17.50
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	99	82.50
โรคหัวใจและหลอดเลือด	29	24.20
โรคเบาหวาน	31	25.80
โรคความดันโลหิตสูง	71	59.20
โรคระบบทางเดินหายใจ	5	4.20
โรคภูมิแพ้	2	1.70
โรคกระดูกและข้อ	19	15.80
โรคทางระบบประสาท ได้แก่	32	26.70
โรคหลอดเลือดสมอง		
โรคพาร์กินสัน		
จำนวนโรคประจำตัว		
ไม่มี	21	17.50
มี 1 โรค	35	29.20
มี 2 โรค	41	34.20
มีมากกว่า 2 โรค	23	19.20

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีโรคประจำตัว จำนวน 99 คน คิดเป็น ร้อยละ 82.50 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 71 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.20 รองลงมา คือ กลุ่มโรคทางระบบประสาท (โรคหลอดเลือดสมอง และโรคพาร์กินสัน) โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคกระดูกและข้อ คิดเป็น ร้อยละ 26.70, 25.80, 24.20 และ 15.80 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวร่วมด้วยถึง 2 โรค จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ มีโรคประจำตัวร่วมด้วย เพียง 1 โรค จำนวน 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.2 และมีมากกว่า 2 โรค จำนวน 23 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.2 ตามลำดับ

2.2 **ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่** 11 – 14

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละ ประเภทของยาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามประเภทของยา (n = 120)

ประเภทยาที่ได้รับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ		
ไม่ได้รับ	49	40.80
ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	71	59.20
ยาคลายกังวล หรือยากล่อมประสาท	20	16.70
ยาระงับปวด	1	0.80
ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน	3	2.50
ยาแก้แพ้	5	4.20
ยาต้านเศร้า กลุ่ม TACAs, NaSSAS	21	17.50
ยาต้านอาการทางจิต	48	40.00
ยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ		
ไม่ได้รับ	25	20.80
ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	95	79.20
ยาปิดกั้นเบต้า	37	30.80
ยาลดความดันโลหิต	36	30.00
ยารักษาระบบหัวใจและหลอดเลือด	26	21.70
ยาขับปัสสาวะ	21	17.50
ยาขยายหลอดลม	3	2.50
ยาสเตียรอยด์	3	2.50
ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSIR, SNRI หรือกลุ่ม NDRIs	43	35.50
ยาอื่น ๆ เช่น ยารักษาโรคพาร์กินสัน Levodopa	7	5.80

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับมากกว่ายาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ กล่าวคือ มีการได้รับยาที่

มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ จำนวน 95 คน คิดเป็น ร้อยละ 79.20 ส่วนการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ มีจำนวน 71 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.20 โดยกลุ่มยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับชนิดที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSIR, SNRI หรือกลุ่ม NDRIs มีจำนวน 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.50 รองลงมา คือ ยาปิดกั้นเบต้า มีจำนวน 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.80 และยาลดความดันโลหิต มีจำนวน 36 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ

ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ชนิดที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาต้านอาการทางจิต มีจำนวน 48 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม TACAs, NaSSAS มีจำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.50 และยาคลายกังวลหรือยากล่อมประสาท มีจำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.70

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามระดับคะแนน (n = 120)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	ระดับกิจกรรมทางสังคม
1.00 - 1.49	8	6.70			น้อยที่สุด
1.50 - 2.49	54	45.00			น้อย
2.50 - 3.49	41	34.20			ปานกลาง
3.50 - 4.49	17	14.10			มาก
4.50 - 5.00	0	0			มากที่สุด
โดยรวม	**120**	**100**	**2.53**	**.73**	**ระดับปานกลาง**

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 54 คน คิดเป็น ร้อยละ 45.00 เข้าร่วมกิจกรรมทางสัมคมในระดับน้อย รองลงมา คือ เข้าร่วมกิจกรรมทางสัมคมในระดับปานกลาง มีจำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.20 ซึ่งไม่พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับมากที่สุด โดยรวม คะแนนเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.53, SD = .73)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามรายด้าน (n = 120)

กิจกรรมทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย	2.90	1.12	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมนันทนาการ	2.52	.77	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางศาสนา	2.33	1.06	น้อย
โดยรวม	**2.53**	**.73**	**ระดับปานกลาง**

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในด้านกิจกรรมนันทนาการ และด้านกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 2.90, SD = 1.12) แต่ด้านกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ($\bar{X}$ = 2.33, SD = 1.06)

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามระดับคะแนน (n = 120)

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	ระดับของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
1.00-1.49	19	15.80			น้อยที่สุด
1.50-2.49	55	45.80			น้อย
2.50-3.49	38	31.70			ปานกลาง
3.50-4.49	8	6.70			มาก
4.50-5.00	0	0			มากที่สุด
โดยรวม	**120**	**100**	**2.28**	**.75**	**ระดับน้อย**

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 45.80 มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ ระดับ

ปานกลาง มีจำนวน 38 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.70 แต่ไม่พบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับในระดับมากที่สุด โดยรวม คะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ อยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 2.28, SD = .75)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โรคประจำตัว กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 15 – 16

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (สมรรถภาพสมอง)	– .305	.00
ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	.382	.00

จากตารางที่ 15 พบว่า ปัจจัยภายใน ด้านความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = – .305) ส่วนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .382)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณ์จร (Contingency coefficient)

โรคประจำตัว	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี		X^2	C	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ไม่มีโรคประจำตัว	15	12.50	6	5.00	17.5	.357	.00
มีโรคประจำตัว	24	20.00	75	62.50			
โดยรวม	**39**	**32.50**	**81**	**67.50**			

จากตารางที่ 16 พบว่า ปัจจัยภายใน ด้านโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c = .357) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี พบในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียง 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.00 ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17 – 18

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของยาที่ได้รับ กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณ์จร (Contingency coefficient)

ประเภทยาที่ได้รับ	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี		X^2	C	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ							
ไม่ได้รับ	24	20.00	25	20.80	10.25	.281	.00
ได้รับ	15	12.50	56	46.70			
โดยรวม	**39**	**32.50**	**81**	**67.50**			
ยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ							
ไม่ได้รับ	17	14.20	8	6.70	18.14	.362	.00
ได้รับ	22	18.30	73	60.80			
โดยรวม	**39**	**32.50**	**81**	**67.50**			

จากตารางที่ 17 พบว่า ปัจจัยภายนอก ด้านประเภทของยาที่ได้รับ ทั้งประเภทยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ และประเภทยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c = .281, .362 ตามลำดับ)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
กิจกรรมทางสังคม	– .387	.00
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	.521	.00

จากตารางที่ 18 พบว่า ปัจจัยภายนอก ด้านกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = – .387) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .521)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว และปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์
2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันประสาทวิทยา ในช่วงระหว่างวันที่ 14 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 จำนวนทั้งสิ้น 120 คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ที่มีผู้ดูแลหลัก

2. ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ในฐานะ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง และให้การดูแลต่อเนื่องมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

3. ผู้ดูแลหลักต้องพักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และต้องไม่มีประวัติการใช้ยานอนหลับหรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้หลับ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เพื่อสามารถเป็นผู้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ดี

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยแบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมและแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .87 และ .90 ตามลำดับ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .82 และ .74 ตามลำดับ และเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 และ .78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ ทั้ง 4 แห่ง คือ สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 15 คน โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 35 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาปัจจัย ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กิจกรรมทางสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนโรคประจำตัว และประเภทของยาที่ได้รับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation) ส่วนโรคประจำตัวกับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณ์จร (Contingency coefficient)

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณ์จร (Contingency coefficient) ส่วนกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 67.50 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\overline{X}$ = 7.43, SD = 3.40)

2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = – .305) ส่วนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .382) และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c = .357)

3. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ ทั้งประเภทยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ และประเภทยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c = .281, .362 ตามลำดับ) กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = – .387)

และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .521)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.5 รองลงมา คือ มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.5 แต่ช่วงอายุ 60 - 69 ปี พบเพียง 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.0 แสดงให้เห็นว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคอัลไซเมอร์มากขึ้น สอดคล้องกับการรายงานของสถาบันประสาทวิทยา (2551); Burns et al. (2005) และ Lyketsos (2009) ที่รายงานว่า ความชุกของโรคอัลไซเมอร์จะเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เป็นเพศหญิงถึง ร้อยละ 66.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547); ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ (2551), McCurry et al. (2006) และ Lee (2007) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย หรืออาจเกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงวัยหมดประจำเดือนทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์มากกว่าเพศชาย (ยุภัตรา ปัตถามัง และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2548; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2551; O' Connor, 2005)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1 - 3 ปีแรก จำนวน 66 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ ช่วงเวลา 4 – 6 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.2 แสดงให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจอยู่ในระยะเริ่มต้นหรือระยะกลาง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญ เนื่องจากการให้การรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น สามารถชลอการดำเนินของโรคได้ รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 67.5 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\overline{X}$ = 7.43, SD = 3.40) โดยการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับ ถึงร้อยละ 66.6 และการศึกษาของ McCurry et al (2006) ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ The Pittsburgh Sleep Quality Index พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.0 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\overline{X}$ = 8.60) สอดคล้องการศึกษาของ Siwaporn Chankrachang (2008) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($\overline{X}$ = 8.18) เช่นกัน

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (ดังแสดงในตารางที่ 5) ซึ่งประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 55 ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ถึงจะหลับ ผลการศึกษาที่พบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tractenberg et al. (2003) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 47.2 มีปัญหาการนอนหลับยากหรือใช้เวลานานกว่าจะหลับ ซึ่งโดยทั่วไป บุคคลที่นอนหลับปกติ ควรมีช่วงระยะเวลาก่อนหลับไม่เกิน 30 นาที แต่ถ้าใช้เวลามากกว่า แสดงว่า มีอาการนอนไม่หลับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) และการใช้ระยะเวลาก่อนหลับที่นานเกินไป อาจทำให้ช่วงระยะเวลาของการนอนหลับสั้นลงมากขึ้น เห็นได้จากองค์ประกอบที่ 3 ด้านระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน อยู่ในช่วง 6 - 7 ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 6 ชั่วโมง

ส่วนด้านประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 55.00 มีประสิทธิผลการนอนหลับต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 85 เปอร์เซนต์) ทั้งนี้ เนื่องจาก ประสิทธิผลการนอนหลับเป็นสัดส่วนระหว่างระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการนอนบนเตียง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะมีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนสั้นลง แต่ใช้เวลาในการนอนอยู่บนเตียงนาน ทำให้มีประสิทธิผลการนอนหลับต่ำ (Petit et al., 2005) จึงแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณไม่ดี เนื่องมาจากปัญหาการนอนหลับยากหรือมีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนสั้นลง ทำให้ประสิทธิผลของการนอนหลับลดลง

สอดคล้องกับการศึกษาของ McCurry et al. (2006) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีปัญหาการนอนหลับยาก ร้อยละ 30.4 และมีประสิทธิผลของการนอนหลับต่ำกว่า 85 เปอร์เซนต์ ถึงร้อยละ 59.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lee (2007) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่จะเข้านอนเร็ว แต่ใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับนาน หรือนอนหลับยาก

ในส่วนของคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับและผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยไม่ค่อยดีถึงไม่ดีเลย คิดเป็นร้อยละ 34.1 ซึ่งเมื่อพิจารณาในด้านการรบกวนการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ถูกรบกวนการนอนหลับ จากการตื่นกลางดึกบ่อยครั้งหรือตื่นเช้ากว่าปกติ โดยมีสาเหตุมาจากความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น รู้สึกหนาวหรือร้อนเกินไป เสียงดังรบกวน อาการไอ อาการปวด ขากระตุก เป็นต้น หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น การเปลี่ยนบุคคลที่นอนร่วมห้อง หรืออุปกรณ์เครื่องนอนที่ผิดไปจากเดิม เช่น เปียกแฉะจากปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือการเปลี่ยนที่นอน เป็นต้น รวมทั้งอาการสับสนในเรื่องเวลา ที่ทำให้ไม่ยอมนอนและจะลุกเดินไปมาในตอนกลางคืน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Lugaresi et al., 2000; Burns et al., 2005; Petit et al., 2005) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ล้วนส่งผลรบกวนการนอนหลับทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tractenberg et al.(2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนหลับในเรื่องต่าง ๆ คือ ร้อยละ 36.0 ตื่นเช้ากว่าปกติ ร้อยละ 25.5 ใช้เวลานานถึงจะหลับ ร้อยละ 24.1 ตื่นบ่อยมากกว่า 2 ครั้ง ในระหว่างคืน เช่นเดียวกับ การศึกษาของ McCurry et al.(2006) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนหลับในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ มากกว่า 2 เรื่อง คือ ร้อยละ 80.4 ตื่นขึ้นบ่อยครั้งในระหว่างคืน ร้อยละ 32.6 ตื่นเช้าเกินไป ร้อยละ 30.4 นอนหลับยาก และร้อยละ 17.4 มีอาการสับสนวัน เวลา ระหว่างการนอน

ด้านการใช้ยานอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 77.5 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ หรือมีการใช้ยานอนหลับเพียง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องมาจาก แนวทางการรักษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้ยานอนหลับ ต้องคำนึงถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยานอนหลับมากกว่า เช่น ความจำเสื่อมลงมากขึ้น เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หรืออาจทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (sleep apnea) เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Vitiello, 2006) ดังนั้น แพทย์จะพิจารณาใช้ยานอนหลับในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น ต้องเลือกชนิดที่มีประสิทธิผลและมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด โดยให้ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ นอกจากนี้ ปัญหาการนอนหลับที่เกิดจาก

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ เช่น อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว หลงผิด หรือประสาทหลอน แนวทางการรักษาโดยการให้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic drug) บางชนิดที่มีฤทธิ์สงบประสาท (sedation) ทำให้ง่วงนอน จึงเป็นแนวทางการรักษาที่ดีมากกว่าการใช้ยานอนหลับโดยตรง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Petit et al., 2005; Vitiello, 2006; Krystal et al., 2009)

ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพียง ร้อยละ 38.3 ที่ไม่เป็นปัญหาต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรม เช่น มีอาการง่วงนอนในขณะรับประทานอาหาร หรือขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีการนอนหลับกลางวันมากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับ แต่นอนหลับกลางวันมากเกินไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tractenberg et al. (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 67.9 มีอาการง่วงซึมและหลับมากในช่วงกลางวัน

ผลการศึกษาที่พบ แสดงให้เห็นว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องมาจาก การนอนหลับยาก หรือใช้เวลานานกว่าจะหลับ มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนสั้นลง ทำให้ประสิทธิผลของการนอนหลับต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการถูกรบกวนการนอนหลับจากเรื่องต่าง ๆ ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือหลับได้เพียงช่วงสั้น ๆ ตื่นกลางดึกบ่อยครั้งและหลับต่อยาก ตื่นเช้าเกินไป ส่งผลให้เกิดอาการง่วงและนอนหลับมากในช่วงกลางวัน จนกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับเป็นระยะ ๆ ว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีหรือไม่ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีให้กับผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ด้วยการให้ความรู้กับผู้ดูแลถึงวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสมในแต่ละราย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โรคประจำตัว ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญากับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.305$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญามาก จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาน้อย จะมีคุณภาพการนอนหลับดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ตามแนวคิดของ Chokroverty (2000) ที่กล่าวว่า ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive deficits) เป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ผลการศึกษาที่พบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan and Richards (2004) ที่พบว่า ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive deficits) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสัมพันธ์กับความผิดปกติของวงจรการหลับและตื่น และการศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับ และนอนหลับกลางวันที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Tractenberg et al. (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้สูงอายุปกติ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีถึงจะหลับ ตื่นบ่อยมากกว่า 1 ครั้ง และหลับต่อยาก รวมทั้งมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด สับสน หลงผิดในระหว่างคืน แต่จะง่วงซึมและหลับมากในช่วงกลางวัน นอกจากนี้ การศึกษาของ Rao (2008) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะกลางมีปัญหาการนอนไม่หลับมากที่สุด (ร้อยละ 53.8) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น (ร้อยละ 38.5) ส่วนกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะรุนแรง พบว่า มีปัญหาการนอนหลับกลางวันผิดปกติมากที่สุด (ร้อยละ 53.8) และมีความผิดปกติของวงจรการนอนหลับและการตื่น มากกว่า 24 ชั่วโมง คือ นอนหลับ 1 วัน สลับกับการตื่น 1 วัน

ผลการศึกษาที่พบ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการรักษาที่มุ่งเน้นเชาวน์ปัญญา (cognition-oriented) เพราะนอกจากจะช่วยชลอการดำเนินของโรคแล้ว ยังมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ดีตามมาเช่นกัน

2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($c = .357$)

ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 ตามแนวคิดของ Chokroverty (2000) ที่กล่าวว่า โรคประจำตัวเป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์และมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยจะส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคทางระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ยังพบ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอด โรคหอบหืด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ สมภพ เรืองตระกูล (2550), สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551), Chokroverty (2000), Bliwise (2005) และ Krystal et al. (2008) ที่รายงานว่าโรคประจำตัวดังที่กล่าวข้างต้น มักส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ความรุนแรงของปัญหาการนอนไม่หลับจะเพิ่มมากขึ้น (Lugaresi et al. , 2000; Vitiello and Borson, 2001; Cole and Richards, 2006; Vitiello, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่า โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยโรคที่พบ เช่น โรคข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว และโรคปอดอักเสบ เป็นต้น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับและทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากยิ่งขึ้น

2.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมและจิตใจกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .382$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ตามแนวคิดของ Chokroverty (2000) ที่กล่าวว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจมาก จะส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ($\overline{X} = 12.39$) โดยพบอาการหวาดระแวงและหลงผิด มากที่สุด ร้อยละ 82.50 รองลงมา คือ พฤติกรรมผิดปกติ และปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 77.50 และ 70.00

ตามลำดับ) สอดคล้องกับ การศึกษาของ ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งพบอาการหวาดระแวงและหลงผิดมากที่สุด รองลงมา คือ ปัญหาการนอนหลับ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมผิดปกติ และอาการประสาทหลอน เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Ohadinia et al. (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว สับสน หวาดระแวง ภาวะซึมเศร้า และพบปัญหาการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากถึง ร้อยละ 65 และการศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 30 มีอาการซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับการนอนไม่หลับ และการตื่นเช้ากว่าปกติ และการศึกษาของ Moran et al. (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 24.5 ซึ่งในกลุ่มนี้พบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ คือ พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 80 ความวิตกกังวล ร้อยละ 67.3 พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ร้อยละ 65.5 และอาการสับสน หลงผิด ร้อยละ 54.5

ดังนั้น จึงเชื่อได้ว่า ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากขึ้น เช่น พฤติกรรมวุ่นวายและลุกเดินไปมาตอนกลางคืน ทำให้ช่วงเวลาการนอนกลางคืนลดลง หรือนอนหลับยาก (Petit et al., 2005) หรือภาวะสับสน หลงผิด และอาการประสาทหลอน ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายและนอนไม่หลับตามมา (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Lugaresi et al., 2000; Roehrs et al., 2005) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (สมพร บุษราทิจและคณะ, 2549; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551) จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวงจรการหลับและตื่น จึงส่งผลคุณภาพการนอนหลับเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Vittiello, 2006; Krystal, 2009)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประเภทของยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของยาที่ได้รับ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษา พบว่า ประเภทของยาที่ได้รับ ทั้งประเภทยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ กับประเภทยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (c = .281, .362 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามแนวคิดของ Chokroverty (2000) ที่กล่าวว่า ประเภทของยาที่ได้รับ เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อคุณภาพการ

นอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่า ยาที่ได้รับเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อวงจรการหลับและตื่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ โดยกลุ่มยาที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาต้านเศร้ากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น ยา Prozac, Lexapro และ Zoloft หรือยากลุ่ม Selective and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) เช่น ยา Efexor XR หรือยากลุ่ม Norepinephrine and dopmine reuptake inhibitors (NDRIs) เช่น ยา Bupropion เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องมาจาก ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (สมพร บุษราทิจ และคณะ, 2549; เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551) การได้รับยาต้านเศร้าในกลุ่มดังกล่าวจะมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ทำให้เกิดการตื่นตัวและลดระยะ REM sleep จึงตื่นนอนบ่อยครั้งในตอนกลางคืน ตื่นเช้ากว่าปกติ ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากขึ้น รองลงมา คือ ยาปิดกั้นเบต้า ยาลดความดันโลหิต ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และยาขับปัสสาวะ ซึ่งยาในกลุ่มดังกล่าว มีผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร, 2551)

ส่วนการได้รับยาประเภทที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาจเนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาขึ้นกับขนาดและระยะเวลาที่ได้รับยาด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาในรายละเอียดของระยะเวลาที่ได้รับยาแต่ละชนิด จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี นอกจากนี้ ยังพบว่า ยาที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาต้านอาการทางจิต เช่น ยา Seroguel, Risperidal และ Zyprexa เป็นต้น เนื่องจาก กลุ่มยาดังกล่าวมักนำมาใช้บำบัดปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นบ่อย เช่น พฤติกรรมวุ่นวาย กระสับกระส่าย ก้าวร้าว อาการหลงผิดและประสาทหลอน รวมทั้งปัญหาการนอนหลับ (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551; สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Mulsant and Pollock, 2009) รองลงมา คือ ยาต้านเศร้าในกลุ่ม Norepinephrine and specific serotoninergic antidepressants (NaSSAs) เช่น ยา Remeron และ Trazodone หรือยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น Amitriptyline และ Tolvon เป็นต้น ซึ่งนอกจากช่วยลดอาการซึมเศร้า กระสับกระส่ายแล้ว ยังมักถูกนำมาใช้เป็นยานอนหลับ (เบญจลักษณ์ มณีทอน, 2551, สถาบันประสาทวิทยา, 2551; Petit et al., 2005; Krystal et al., 2009) ส่วนยาคลายกังวลหรือยากล่อมประสาทก็ถูกนำมาใช้ด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาที่พบ ชี้ให้เห็นว่า ยาประเภทที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับและยาที่มีฤทธ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้การได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน อาจเกิดการทำปฏิกิริยากันของยา (Drug interaction) และก่อให้เกิดผลข้างเคียงมากขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงอย่างยิ่ง (Krystal et al., 2009; Mulsant and Pollock, 2009)

2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.387$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับมากจะมีคุณภาพการนอนหลับดี ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับน้อยจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามแนวคิดของ Chokroverty (2000) ที่กล่าวว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่า กิจกรรมทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อวรจรการหลับและตื่นของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Cole and Richard (2006) ที่พบว่า การมีกิจกรรมทางกายในระหว่างวันจะสนับสนุนให้การนอนหลับกลางคืนดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนอนหลับกลางวันมากเกินไป การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงจะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ เสื่อมถอยลงเร็วขึ้น และเกิดปัญหาการนอนหลับตามมาได้ (Lee et al., 2007; Mitty and Hores, 2009)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ควรได้รับการส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือสังคม ทั้งด้านกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมทางศาสนา เพราะนอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกผ่อนคลาย ยังช่วยเบี่ยงเบนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นให้ลดน้อยลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ดีตามมาด้วยเช่นกัน

2.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .521$) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลรบกวนการนอนหลับในระดับมาก จะทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี แต่ถ้าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนการนอนหลับในระดับน้อย จะทำให้คุณภาพการนอนหลับดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามแนวคิดของ Chokroverty (2000) ที่กล่าวว่า

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาที่พบ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sullivan and Richard (2004) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียง แสง อุณหภูมิ และบุคคลรอบข้าง เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อวรจรการหลับและตื่นของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาที่พบ ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือมีการรับรู้ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการสับสนเรื่อง เวลา สถานที่ และบุคคล รวมทั้งการสูญเสียความทรงจำและบกพร่องในการสื่อสารมากขึ้น จึงแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น เช่น พฤติกรรมวุ่นวายและลุกเดินไปมาตอนกลางคืน ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น เสียงดัง หนาวหรือร้อนเกินไป แสงสว่างเกินไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2550; Lugaresi et al., 2000; Burns et al., 2005; Petit et al., 2005) รวมทั้งความไม่สุขสบาย จากการมีปัสสาวะหรืออุจจาระราด (Petit et al., 2005) หรือการมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด โมโห ซึ่งเป็นการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อเหตุการณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มากระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เช่น บุคคลแปลกหน้า หรือเสียงดังรบกวนมากขึ้น เป็นต้น (ชนิดา กาญจนลาภ, 2549; Vitiello, 2006; Krystal, 2009) ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมของห้องนอนให้เหมาะสม เช่น แสงสว่างไม่มากเกินไป จนทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์เข้าใจว่า เป็นเวลากลางวัน หรือมืดเกินไป จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ห้องนอนต้องเงียบปราศจากเสียงรบกวน และมีอุณหภูมิที่พอเหมาะ รวมทั้ง ควรหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในห้องนอน เนื่องจากอาจกระตุ้นให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

1. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ใช้หลักการประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาล และค้นหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ทันท่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาแนวทางในการจัดการกับปัญหาการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและยังเป็นวิธีที่ดีที่สุด ที่จะหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จึงควรปฏิบัติดังนี้

2.1 พัฒนารูปแบบในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ โดยการนำความรู้ทางทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์มาวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องไปกับการดำเนินของโรค เช่น การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) การบำบัดด้วยกลิ่น (aroma therapy) หรือการใช้สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet therapy) เพื่อช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

2.2 ให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่อง พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้คุณภาพการนอนหลับลดลง การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในเรื่องต่าง ๆ วิธีการสร้างพฤติกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3. บุคลากรในทีมสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแล เนื่องจากภาระการดูแล ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ แล้วยังส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบในการให้ความรู้กับผู้ดูแล เพื่อจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัมมันต์ พันธุจินดา. (2543). **สมองเสื่อม: โรคหรือวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

กุสุมาลย์ รามศิริ. (2543). **คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, วันดี โภคะกุล และอุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2546). การสำรวจปัญหาการนอนไม่หลับของประชากรสูงอายุไทย. **จดหมายเหตุทางแพทย์** 86 (เมษายน): 316-324.

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2548). โรคสมองเสื่อม. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**, หน้า 79-92. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทร์ศิริ มีดี. (2549). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทนา มหามงคล. (2547). **การทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในอำเภอท่ามะขาม จังหวัดกาญจนบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัญ จักรวาลชัยศรี. (2552). **สุขภาพผู้สูงอายุไทยเป็นอัลไซเมอร์กว่าล้านคนเผยขมิ้นชันช่วยได้** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://sar.hatyaiwit.ac.th/articles.php?lng=th&pg=948 [1 ต.ค. 2552]

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬาภรณ์ สมรูป. (2550). **คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาลฉบับปรับปรุงใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.

ชนกพร จิตปัญญา. (2543). มโนมติและการวัดการนอนหลับ: Conceptual and measurement of sleep. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 12(1): 1-9.

ชนิดา กาญจนลาภ. (2549). **โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม: คำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง.

เดชา ปิยะวัฒนิกูล. (2543). แนวทางการจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 15 (2): 91-95.

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 42(3): 123-132.

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์. (2551). การวิเคราะห์ผู้ป่วยสมองเสื่อมและการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกความจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา** 2 (1): 1-12.

ทิพย์สุชน เอี่ยมสอาด และดวงใจ ดวงฤทธ์. (2551). ยาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสัน. ใน ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร (บรรณาธิการ), **ยากับโรคในผู้สูงอายุ**, หน้า II 171-182. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.

เทียม ศรีคำจักร. (2544). การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอัลไซเมอร์ด้านจิตสังคมโดยญาติผู้ป่วย: ตามมุมมองของนักกิจกรรมบำบัด/ อาชีวบำบัด. ใน พนัส ธัญญกิจไพศาล. (บรรณาธิการ), **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**, หน้า 101-119. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2547). **การศึกษาประสิทธิภาพและความทนต่อยากาแลนทามีนในผู้ป่วยไทยโรคอัลไซเมอร์ที่มีและไม่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย และภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทิกา ทวิชาชาติ. (2543). การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์. ใน กัมมันต์ พันธุมะจินดา (บรรณาธิการ), **สมองเสื่อม: โรคหรือวัย**, หน้า 55. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2551). โรคอัลไซเมอร์. ใน ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร (บรรณาธิการ), **ยากับโรคในผู้สูงอายุ**, หน้า I 33-60. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.

เบญจมาส ถิ่นหัวเตย. (2546). **ผลของการรำไทเก็กต่อการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่(นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เบญจลักษณ์ มณีทอน. (2551). **จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป เล่มที่ 1**. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ประคอง กรรณสูติ. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2551). **คู่มือยา**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.

ปองขวัญ พีรพัฒนโภคิน. (2548). **ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2552). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**, หน้า 423-448. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

พนัส ธัญญะกิจไพศาล. (2544). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.

พวงพยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาศุขะ และศิริพร เปลี่ยนผดุง. (2549). การนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ. **พยาบาลสาร** 33 (เมษายน-มิถุนายน): 51-62.

พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). อาการทางพฤติกรรมและจิตใจของโรคสมองเสื่อม. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 5(1): 30-35.

พิเชฐ อุดมรัตน์. (2548). **การวินิจฉัยและรักษาปัญหาการนอน**. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย. (2552). The Alzheimer Foundation of Thailand [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.alz.or.th/aboutus [9 ตุลาคม 2552].

ยุภัตรา ปัตถามัง และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2548). Risk factors for Alzheimer's disease. **วารสารอายุรศาสตร์อีสาน** 4(2): 14-16.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547). ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: กรณีศึกษา. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 5(1): 43-46.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**, หน้า 125-157. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น.

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ: การนอนไม่หลับ: การใช้ยานอนหลับ. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 22 (4): 50-63.

ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร, บรรณาธิการ. (2551). **ยากับโรคในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.

ศักดิพัฒน์ แสงสุริยงค์. (2551). ยาที่ใช้ในภาวะสมองเสื่อม. ใน ศศิพร แดงทองดี และภาริณี สิงห์ประสาทพร (บรรณาธิการ), **ยากับโรคในผู้สูงอายุ**, หน้า II 183-189. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สกาวรัตน์ เทพประสงค์. (2548). **อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม**: Clinical practice guideline for dementia. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ**. นนทบุรี : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมพร บุษราทิจ, อรพรรณ ทองแตง และกอบหทัย คุณารักษ์. (2549). **จิตเวชทันยุค 2550**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2549). **ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์ศาสตร์ครอบครัว ชุดที่** 9 : **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2550). **ความผิดปกติของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (2548). ภาวะสมองเสื่อม. ใน วันดี โภคะกุล (บรรณาธิการ), **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์**, หน้า 171-189. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (2552). สมองเสื่อม: อุบัติการณ์และสถานการณ์. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย**. วันที่ 26-27 มกราคม 2552 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธีร์ อินต๊ะประเสริฐ. (2547). **ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรชัย เกื้อศิริกุล. (2548). ปัญหาการนอนหลับ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**, หน้า 79-92. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรชัย เกื้อศิริกุล. (2549). นอนไม่หลับในผู้สูงอายุ: ปัญหาการนอนในผู้สูงอายุ. **คลินิก 22** (12): 1005–1014.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2552). **เอกสารคำสอนวิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)

อรพิชญา ไกรฤทธิ์. (2552). ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมและการจัดการ. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย**. วันที่ 26-27 มกราคม 2552 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้อมพร สกุลแก้ว, บรรณาธิการ. (2549). **รู้จักเพื่อป้องกันอัลไซเมอร์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ เฮลท์ธี ไลฟ์สไตล์.

ภาษาอังกฤษ

Aarsland, D., Sharp, S., and Ballard, C. (2005). Psychiatric and behavioral symptoms in Alzheimer's disease and other dementias: etiology and management. **Current neurology and neuroscience reports** 5: 345-354.

Alzheimer 's Disease International. (2009). **World Alzheimer report : What is dementia?** London: ADI.

American Psychiatric Association. (2009). **American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and other Dementias**. [Online]. Available from: http://www.psychiatyonline.com [2009, October 5]

Ancoli-Israael, S., and Cooke, J. R. (2005). Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functional in elderly population. **Journal American Geriatric Society** 53: S264-271.

Ancoli-Israael, S., and Vitiello, M. V. (2006). Sleep in dementia. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 14(2): 91-93.

Asplund, R. (1999). Sleep disorders in the elderly: Disease management. **Drug and Aging** 147(2): 91-103.

Ayalon, L., and Ancoli-Israel, S. (2006). Normal sleep in aging. In T. Lee-Chiong (ed.), **Sleep: A comprehensive handbook**, pp. 599-603. New Jersey: John Wiley & Sons.

Bermijo Paresja. F., Benito Leon. J., Vega, S., Medrano, M. J., and Roman, G. C. (2008). Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. **Journal Neurology Science** 264(1): 63-72.

Bliwise, D. L. (2005). Normal aging. In M. H. Kryger, T. Roth., and W. C., Dement (eds.), **Principles and practice of sleep medicine**, (4th ed., pp. 24-38). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Brookmeyer, R., Johson, E., Ziegler, G. K., and Arrighi, H. M. (2007). **Forecasting the global burden of Alzheimer's disease**. Johns Hopkins University: Biostatistics Working Paper.

Burns, A., Brien, J. O., and Ames, D. (2005). **Dementia**. 3th ed. New York: Edward Arnold.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., and Kupfer, D. J, (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research** 28: 193-213.

Chokroverty, S. (2000). Sleep in neurodegenerative diseases. In A. Culebras. (ed.), **Sleep disorders and neurological disease,** pp. 217-229. New York: Marcel Dekker.

Cole, C. S., and Richards, K. C. (2006). Sleep in persons with dementia: increasing quality of life by managing sleep disorders. **Journal of Gerontological Nursing** 32(3): 48-53.

Culebras, A. (2000). **Sleep disorders and neurological disease**. New York: Marcel Dekker.

Dauvilliers, y. (2007). Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. **Sleep Medicine** 8(4) : S27-S34.

Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, A. S., eds. (2004). **Toward healthy aging: Human needs and nursing response**. 6th ed. St. Louise: Mosby.

Fernandez -Martinez, M., Jessica, C. F., Juan, J. Z., de las Heras, S. P., et al. (2008). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in elderly patients with dementia in Mungialde Country (Basque Country, Spain). **Dementia geriatric cognitive disorder** 25: 103-108.

Fernandez -Martinez, M., Jessica, C. F., Juan, J. Z., Molano, A., et al. (2008). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease and Vascular Dementia. **Current Alzheimer research** 5(1): 61-69.

Folstein, M. F., and Bylsma, F. W. (1999). Noncognitive symptoms of Alzheimer 's disease. In R. D. Terry, R. Katzman, K. L. Bick, and S. S. Sisodia. (eds.), **Alzheimer's Disease**, (2nd ed., pp. 25-37). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Forstl, H. (2005). What is Alzheimer's disease. In A. Burns, J. O. Brien, and D. Ames (eds.), **Dementia**. 3rd ed. pp. 359-368). New York: Edward Arnold.

Fragoso, C. A. V., and Gill, T. M. (2007). Sleep complaints in community - living older person: A multifactorial geriatric syndrome. **The American Geriatrics Society** 55: 1853 – 1866.

Friedman, L. (2006). Insomnia in aging. In T. Lee-Chiong (ed.), **Sleep: A comprehensive handbook**, pp. 611-614. New Jersey: John Wiley & Sons.

Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., Mangum, G. R., and Steven, M. S. (2009). **Cognitive neuroscience: The biology of the mind**. 3rd ed. New York: W. W. Norton & Company.

Gillin, J. C. and Ancoli-Isarael, S. (2004). The impact of age on sleep and sleep disorders. In C. Salzam (ed.), **Clinical geriatric psychopharmacology**, (4th ed., pp. 483-511). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hess, P. (2004). Theory of Aging. In P. Ebersole, P. Hess and A. S. Luggen (eds.), **Toward healthy aging: Human needs and nursing response**, (6th ed., pp. 27-55). St. Louise: Mosby.

Hill, E. L., et al. (2007). Sleep disturbances and falls in older people. **The Journal of Gerontology** 62 A(1): 62-66.

Jorm, A. F. (2005). Risk factor for Alzheimer's disease. In A. Burns, J. O. Brien, and D. Ames (eds.), **Dementia**, (3rd ed., pp. 369-375). London: Edward Arnold.

Khouzam, H. R., Tan, D. T., and Gill, T. S. (2007). **Handbook of emergency psychiatry**. Philadelphia: Mosby.

Krystal, A. D., Edinger, J. D., and Wohlgemuth, W. K. (2009). Sleep and circadian rhythm disorders. In D. G. Blazer and D. C. Steffens (eds.), **The American Psychiatric Publishing: Textbook of Geriatric Psychiatry**, (4th ed., pp. 395-408). Washington, DC: Wilson Boulevard.

Lam, L. C. W., Tang, W. K., Leung, V., and Chiu, H. F. K. (2001). Behavioral profile of Alzheimer's disease in Chinese elderly: a validation study of the Chinese version of the Alzheimer's disease behavioral pathology rating scale. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 16: 368-373.

Lee, J. H., et at. (2007). Daytime sleepiness and functional impairment in Alzheimer's disease. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 15(7): 620-626.

Lugaresi, E., Pravini, F., and Plazzi, G. (2000). Insomnia in neurology. In A. Culebras (ed.), **Sleep disorders and neurological disease**, pp. 179-191. New York: Marcel Dekker.

Lyketsos, C.G. (2009). Dementia and milder cognitive syndromes. In D. G. Blazer and D. C. Steffens (eds.), **The American Psychiatric Publishing: Textbook of Geriatric Psychiatry**, 4th ed. pp. 243-260. Washington, DC: Wilson Boulevard.

Mc Curry, S. M. and Ancoli-Isarael, S. (2003). Sleep dysfunction in Alzheimer's disease and other dementias. **Current Treatment Options in Neurology** 5: 261-272.

McCurry, S. M., Vittiello, M. V., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., and Teri, L. (2006). Factors associated with caregiver reports of sleep disturbance in person with dementia. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 14(2): 112-119.

McCurry, S. M., et al. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. **Sleep Medicine Reviews** 11: 143-153.

Meiner, S. E., and Lueckenotte, A. G. (2006). **Gerontological nursing**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.

Mitty, E., and Flores, S. (2009). Sleepiness or excessive daytime somnolence. **Geriatric Nursing**. 30(1): 53-60.

Moran, M., et al. (2005). Sleep disturbance in mild to moderate Alzheimer's disease. **Sleep Medicine** 6: 347-352.

Morris, J. C. (1999). Clinical presentation and course of Alzheimer's disease. In R. D. Terry, R. Katzman, K. L. Bick, and S. S. Sisodia (eds.), **Alzheimer Disease**, (2nd ed., pp. 11-24). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mulsant, B. H. and Pollock, B. G. (2009). Psychopharmacology. In D. G. Blazer and D. C. Steffens (eds.), **The American Psychiatric Publishing: Textbook of Geriatric Psychiatry**, (4th ed., pp. 453-473). Washington, DC: Wilson Boulevard.

O'Connor, D. W. (2005). Epidemiology. In A. Burns, J. O. Brien, and D. Ames (eds.), **Dementia**. 3th ed. pp. 16-23. New York: Edward Arnold.

Ohadinia, S., Noroozian, M., Shahsavand, S., and Saghafi, S. (2004). Evaluation of insomnia and daytime napping in Iranian Alzheimer disease patients: Relationship with severity of dementia and comparison with normal adults. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 12: 517-522.

Petit, D., Montplaisir, J., and Boeve, B. F. (2005). Alzheimer's disease and other dementias. In M. H. Kryger, T. Roth and W. C. Dement (eds.), **Principles and practice of sleep medicine**. 4th ed. pp. 853-862. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Rao, V., et al. (2008). Insomnia and daytime sleepiness in people with dementia residing in assisted living: findings from the Maryland Assisted Living Study. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 23: 199-206.

Roehrs, T., et al. (2005). Daytime sleepiness and alertness. In M. H. Kryger, T. Roth, and W. C. Dement (eds.), **Principles and practice of sleep medicine**, (4th ed., pp. 39-50). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Shirota, A., Tamak, M., Hayashi, M., and Hori, T. (2000). Effects of daytime activity on nocturnal sleep in the elderly. **Psychiatry and Clinical Neuroscience** 54: 309-310.

Sinforiani, E., et al. (2007). Hallucinations and sleep – wake cycle in Alzheimer's disease: a questionnaire – based study in 218 patients. **Journal Neurology Science** 28: 96-99.

Siwaporn Chankrechang, et al. (2008). The effect of Galantamine on sleep quality in Thai Alzheimer's disease patients. **Journal of The Medical Association of Thailand** 91(9): 1343-1349.

Sullivan, S. C. and Richards, K. C. (2004). Predictor of circadian sleep-wake rhythm maintenance in elders with dementia. **Aging and Mental Health** 8(2): 143-152.

Sunuttra Taboonpong, Napatharin Puthsri, Wipawee Kong-In, and Aimprn Saejew. (2008). The effects of Tai Chi on sleep quality, well-being and physical performances among older adults. **Thai Journal of Nursing Research** 12(1): 1-13.

Tabloski, P. A. (2006). **Gerontological Nursing**. New Jersey: Pearson Education.

Tractenberg, R., Singer, C. M., Cumming, J. L., and Thal, L, J. (2003). The sleep disorders inventory: An instrument for studies of sleep disturbance in persons with Alzheimer's disease. **Journal Sleep Research** 12: 331-337.

Tractenberg, R., Singer, C. M., and Kaye, J. A. (2005). Symptoms of sleep disturbance in persons with Alzheimer's disease and normal elderly. **Journal Sleep Research** 14: 177-185.

Vitiello, M. V. and Borson, S. (2001). Sleep disturbance in patient with Alzheimer's disease. **CNS Drugs** 15(10): 777-796.

Vitiello, M. V. (2006). Sleep disturbance in Alzheimer's disease. In S. R. Pandi-Perumal, and J. M. Monti (eds.), **Clinical pharmacology of sleep**. pp. 173-182. Washington: University of Washington Press.

World Health Organization. (2006). **Neurological disorders: Public health challenges**. Geneva : WHO Press.

Yesavage, J. A., et al. (2003). Development of diagnosis criteria for defining sleep disturbance in Alzheimer's disease. **Journal of Geriatric Psychiatry Neurology** 16: 131-139.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อ	ตำแหน่ง/สังกัด
ศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ	หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ผู้ใหญ่) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806
ที่ ศธ 0512.11/ ๐๑๑ วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ 2553
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยระบาดวิทยาทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0176

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0911

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตขั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) หอผู้ป่วยตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 1 ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0319

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มารับบริการในคลินิกประสาทวิทยา คลินิกจิตเวช หรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสดทอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรษา มณีธนู ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/6319

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มารับบริการในคลินิกประสาทวิทยา คลินิกจิตเวช หรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัดทอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรษา มณีธนู ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0355

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 30 คน ณ คลินิกประสาทวิทยา คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรษา มณีธนู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0355

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 30 คน ณ คลินิกสมองเสื่อมหรือคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรษา มณีธนู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0355

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 35 คน ณ คลินิกประสาทวิทยา คลินิกจิตเวช หรือคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรษา มณีธนู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต	นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0355

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

เนื่องด้วย นางอรษา มณีธนู นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 25 คน ณ คลินิกความทรงจำ หรือคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางอรษา มณีธนู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางอรษา มณีธนู โทร. 08-6550-8294

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

.....

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย นางอรษา มณีธนู

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม ๒๕๕๒ - มิถุนายน ๒๕๕๓

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงร่างการวิจัย ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๒. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๓. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-THAI 2002) ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๔. แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๕. แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๖. แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๗. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๘. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

๙. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ฉบับภาษาไทย ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

รับรองตั้งแต่วันที่ ๒๑ เดือน ...เมษายน.. พ.ศ. ๒๕๕๓

(นายสินเงิน สุขสมปอง)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ : Q008q/53_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางอรษา มณีธนู

สังกัดหน่วยงาน : นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง :
1. โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม
3. แบบบันทึกข้อมูล

วันที่อนุมัติให้ทำการวิจัย : 25 กุมภาพันธ์ 2553

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ และ แนวปฏิบัติ ICH GCP จากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

✓

.....

พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพัฒน์

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พ.อ. [illegible]

.....

พันเอกสหพล อนันต์นำเจริญ

เลขานุการคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (เลขที่โครงการ 53036)
ผู้วิจัยหลัก	นาง อรษา มณีธนู
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณา	1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2553 2. แบบเก็บรวมข้อมูล ฉบับวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2553 3. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ฉบับวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2553 4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2553
วันที่พิจารณาอนุมัติ	5 มีนาคม 2553

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นภายในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประธานคณะกรรมการ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

คณะกรรมการและเลขานุการ

(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

COA No. 163/2010
IRB No. 078/53

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : SELECTED FACTORS RELATED TO SLEEP QUALITY IN OLDER PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Study Code : -

Study Center : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Principal Investigator : Mrs.Orasa Maneethanue

Document Reviewed :

1. Protocol Version 1.0 Dated 17 Feb 2010
2. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 25 March 10
3. Informed Consent Form Version 1.0 Dated 17 Feb 2010
4. Assessment for research Version 1.0 Dated 17 Feb 2010

Signature: .....
(Professor Tada Sueblinvong MD)
Chairperson of
The Institutional Review Board

Signature: .....
(Associate Professor Sopit Thamaree)
Committee and Secretary of
The Institutional Review Board

Date of Approval : April 20, 2010

Approval Expire Date : April 19, 2011

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2010/142

Title of Project	Selected Factors Related to Sleep Quality in Older Persons with Alzheimer's Disease
Protocol Number	ID 03-53-38
Principal Investigator	Mrs. Orasa Maneethanue
Official Address	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects .....
Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects .....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval April 28, 2010

แบบประเมินสำหรับการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-THAI 2002)
ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย (ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์) ผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ 1 ❒ ชาย 2 ❒ หญิง
3. ระดับการศึกษา
   1 ❒ ไม่ได้รับการศึกษา 2 ❒ ประถมศึกษา
   3 ❒ มัธยมต้น 4 ❒ มัธยมปลาย
   5 ❒ อนุปริญญา 6 ❒ ปริญญาตรี
   7 ❒ สูงกว่าปริญญาตรี 8 ❒ อื่นๆ (ระบุ.....)
4. การวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ ตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ.....รวมเป็นเวลา.....ปี
5. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   1 ❒ ไม่มี
   2 ❒ มี ระบุ
      2.1 ❒ โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.2 ❒ โรคเบาหวาน
      2.3 ❒ โรคความดันโลหิตสูง 2.4 ❒ โรคระบบทางเดินหายใจ
      2.5 ❒ โรคภูมิแพ้ 2.6 ❒ โรคกระดูกและข้อ
      2.7 ❒ โรคทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน
6. ยาที่ได้รับในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
   6.1 การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอน
   1 ❒ ไม่ได้รับ
   2 ❒ ได้รับ ระบุ
      2.1❒ ยาคลายกังวล หรือยากล่อมประสาท เช่น Ativan, Diazepam, Tranxene, Xanax
      2.2 ❒ ยาระงับปวด เช่น Codine และ Morphine

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ❒ ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน เช่น Dimenhydrinate Motilium และ Metoclopramide

2.4 ❒ ยาแก้แพ้ เช่น Telfast และ Chlorpheniramine

2.5 ❒ ยาต้านความเศร้า กลุ่ม TCAs เช่น ยา Amitriptyline, Clomipramine และ Imipramine หรือกลุ่ม NaSSAs เช่น Remeron และ Trazodone

2.6 ❒ ยาต้านอาการทางจิต เช่น Hadol, Zyprexa, Seroquel, Risperdal

6.2 การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ

1 ❒ ไม่ได้รับ

2 ❒ ได้รับ ระบุ

2.1 ❒ ยาปิดกั้นเบต้า เช่น Propanolol, Atenolol, Metroprolol

2.2 ❒ ยาลดความดันโลหิต เช่น Apressoline, Adalat, Minipress

2.3 ❒ ยารักษาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Digoxin, Diltiazem

2.4 ❒ ยาขับปัสสาวะ เช่น Lasix, Dyazide

2.5 ❒ ยาขยายหลอดลม เช่น Theophylline, Ventoline

2.6 ❒ ยาสเตียรอยด์ เช่น Corticosteroid

2.7 ❒ ยาต้านเศร้า กลุ่ม SSIR เช่น Fluoxetine (Prozac) Escitalopram (Lexapro) และ Paroxetine (Seroxat) และกลุ่ม SNRI เช่น Venlafamine, Duloxetine หรือกลุ่ม NDRIs เช่น ยา Bupropion

2.8 ❒ ยาอื่นๆ เช่น ยารักษาโรคพาร์กินสัน Levodopa

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย √ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี

2. เพศ 1 ❒ ชาย 2 ❒ หญิง

”

”

”

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-THAI 2002)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบถูกและผิด)	คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ..... ❐

1.2 วันนี้วันอะไร ..... ❐

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร ..... ❐

1.4 ปีนี้ปีอะไร ..... ❐

1.5 วันนี้ฤดูอะไร ..... ❐

2. Orientation for place (5 **คะแนน**) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่อว่าอะไร..... ❐

2.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไหร่ของตัวอาคาร ..... ❐

2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ – เขตอะไร ..... ❐

2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ❐

2.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ❐

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบให้ คุณ(ตา,ยาย) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ

*การบอกชื่อแต่ละคำ ให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ .....❐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ❐

4. Attention/Calculation (5คะแนน) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย) คิดเลขในใจเป็นไหม ถ้าตอบคิดเป็น ให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไหร่บอกมา บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

.... ❐

4.2 ดิฉัน จะสะกดคำว่า **มะนาว** ให้คุณ (ตา,ยาย) ฟังแล้วให้คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า **มะนาว**

สะกดว่า **มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน** ไหนคุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ .... ❐

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ❐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ❐

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"**ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร**" ..... ❐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"**ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร**" ..... ❐

7. Repetition (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังดิฉันนะ เมื่อดิฉันพูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) พูดตาม ดิฉันจะบอกเพียงเที่ยวเดียว" "**ใครใคร่ขายไก่ไข่**" ..... ❐

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดี ๆ นะ เดี๋ยวดิฉัน จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....(พื้น, โต๊ะ, เตียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง) ..... ❐

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย) อ่าน แล้วทำตาม คุณ (ตา ,ยาย) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "**หลับตา**"

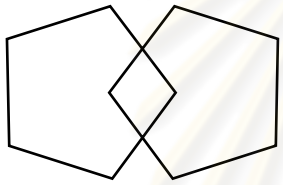
○ หลับตาได้ ..... ❒

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค" ○ ประโยคมีความหมาย .....❒

11. Visual construction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลับตา

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ประถมศึกษา	≤ 17	30
สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจนี้ เป็นการให้คะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หลักเกณฑ์ของการประเมินจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความถี่ของอาการต่าง ๆ ที่ปรากฏในแต่ละหัวข้อ ให้ทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความเหมาะสม ดังนี้

ก. อาการหวาดระแวงและหลงผิด (Paranoid and Delusional ideation)

1. อาการหลงผิดว่ามีคนจะมาขโมยของ

0 ❒ ไม่มี

1 ❒ หลงผิดว่า มีคนนำของไปซ่อน

2 ❒ หลงผิดว่า มีคนเข้ามาขโมยของในบ้าน

3 ❒ พูดจาโต้ตอบกับคนที่เข้ามาในบ้านเพราะคิดว่า เขามาขโมยของ

,,

,,

,,

ช. ความวิตกกังวลและหวาดกลัว (Anxieties and Phobias)

22. วิตกกังวลถึงเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิด

0 ❒ ไม่มี

1 ❒ มี และถามคำถามซ้ำ ๆ หรือการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิด

2 ❒ มีและรบกวนผู้ดูแล

3 ❒ มีและรบกวนผู้ดูแลอย่างมากจนผู้ดูแลทนไม่ได้

,,

,,

,,

25. ความกลัวอื่น ๆ

0 ❒ ไม่มี

1 ❒ มี

2 ❒ มีและผู้ดูแลต้องเพิ่มการดูแลมากขึ้น

3 ❒ มีและจำเป็นต้องควบคุมพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางศาสนา ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องขวามือซึ่งตรงกับข้อความในแต่ละคำถาม โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

ประจำ หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1- 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม
บ่อยมาก หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเกือบทุกครั้ง
ปานกลาง หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ย 2 สัปดาห์ครั้ง หรือทำกิจกรรมบ้าง ไม่ทำบ้าง
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง การทำกิจกรรมเฉลี่ยเดือนละ1 ครั้ง หรือนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคย หมายถึง ไม่มีการทำกิจกรรมเลยหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรม

ข้อความ	ระดับการทำกิจกรรม				
	ประจำ	บ่อยมาก	ปานกลาง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
ด้านกิจกรรมนันทนาการ					
1. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริง ของครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ในครอบครัว หรืองานเลี้ยงฉลองต่าง ๆ เป็นต้น					
,,					
,,					
ด้านกิจกรรมทางศาสนา					
11. ผู้สูงอายุได้ใส่บาตรตอนเช้า					
,,					
,,					
14. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในพิธีทางศาสนาในวันสำคัญ เช่น วันวิสาขบูชา หรือวันเข้าพรรษา เป็นต้น					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุหรือไม่ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย (√) ด้านขวามือ ซึ่งท่านคิดว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

ประจำ หมายถึง สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ สัปดาห์ละ 1–2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มี
บ่อยมาก หมายถึง สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเกือบทุกครั้งที่มี
ปานกลาง หมายถึง สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ เฉลี่ย 2 สัปดาห์ครั้ง
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง สิ่งแวดล้อมนั้นรบกวนการนอนหลับ เดือนละ 1 ครั้ง
ไม่เคย หมายถึง สิ่งแวดล้อมนั้นไม่รบกวนการนอนหลับ หรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ข้อความ	ระดับการทำกิจกรรม				
	ประจำ	บ่อยมาก	ปานกลาง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. สภาพอากาศที่ร้อนเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ					
2. เสียงพูดคุยของคนในห้องนอน ทำให้ผู้สูงอายุตื่นหรือนอนไม่หลับ					
3. สภาพอากาศที่เย็นเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ					
”					
”					
9. เสียงดังจากภายนอกห้องนอน เช่น เสียงรถยนต์ เสียงสัตว์เลี้ยง หรือเสียงฟ้าร้อง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุตื่นหรือนอนไม่หลับ					
10. ห้องนอนเปิดไฟสว่างตลอดคืน ทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึกหรือนอนไม่หลับ					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องสี่เหลี่ยม ตามความเหมาะสมและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเข้านอนเวลาเท่าไหร่
   เวลานอนปกติ คือ ☐☐ : ☐☐
   นาฬิกา นาที
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยใช้เวลาจากที่เข้านอนถึงหลับไปจริง ๆ เป็นเวลาเท่าไหร่
   จำนวนนาที ☐☐☐
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมักจะตื่นนอนเวลาเท่าไหร่
   เวลาตื่นนอนปกติ คือ ☐☐ : ☐☐
   นาฬิกา นาที
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยได้หลับไปจริง ๆ กี่ชั่วโมง (อาจจะไม่เท่ากับจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยอยู่บนที่นอน) จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ
   ☐☐
   ,,
   ,,
   ,,
8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จหรือไม่
   0 ☐ ไม่มีเลยในเดือนที่ผ่านมา 1 ☐ มีน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
   2 ☐ สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง 3 ☐ สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป
9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่า คุณภาพการนอนของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
   0 ☐ ดีมาก 1 ☐ ค่อนข้างดี
   2 ☐ ค่อนข้างเลว 3 ☐ เลวมาก

ขอบคุณทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละ ของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามอายุ และเพศ (n = 120)

ลักษณะข้อมูล	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
60-69 ปี	7	5.80	11	9.20
70-79 ปี	21	17.50	36	30.00
80 ปี ขึ้นไป	11	9.20	34	28.30
รวม	**39**	**32.50**	**81**	**67.50**
เพศ				
ชาย	15	12.50	25	20.80
หญิง	24	20.00	56	46.70
รวม	**39**	**32.50**	**81**	**67.50**

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 67.50 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยพบในกลุ่มที่มีช่วงอายุ 70-79 ปี มากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ กลุ่มที่มีช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 34 คน คิดเป็น ร้อยละ 28.30 นอกจากนี้ยังพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีจำนวน 56 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.70

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถภาพสมอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามระดับการศึกษาและอายุ (n = 120)

ระดับการศึกษา	อายุ	สมรรถภาพสมอง					
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ไม่ได้รับการศึกษา							
	60 – 69 ปี	-	-	-	-	-	-
	70 – 79 ปี	10	6.60	9.90	2.51	5	13
	80 ปีขึ้นไป	9	2.90	4.89	3.76	0	10
ประถมศึกษา							
	60 – 69 ปี	10	9.30	14.00	5.49	5	24
	70 – 79 ปี	27	22.60	12.67	4.95	3	20
	80 ปีขึ้นไป	21	16.00	11.52	5.13	0	20
สูงกว่าประถมศึกษา							
	60 – 69 ปี	8	7.90	14.88	6.81	1	23
	70 – 79 ปี	20	21.00	15.90	6.91	2	25
	80 ปีขึ้นไป	15	13.70	13.80	5.97	3	21

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองสูงขึ้นตามระดับการศึกษา แต่ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองสูงสุด เท่ากับ 15.90 คือ กลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา และกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพสมองต่ำสุดเท่ากับ 4.89 คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวน และร้อยละของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามรายด้าน (n = 120)

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการหวาดระแวงและหลงผิด		
ไม่มี	21	17.50
มี	99	82.50
อาการประสาทหลอน		
ไม่มี	59	49.20
มี	61	50.80
พฤติกรรมผิดปกติ		
ไม่มี	27	22.50
มี	93	77.50
ไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว		
ไม่มี	47	39.20
มี	73	60.80
วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลง		
ไม่มี	36	30.00
มี	84	70.00
อารมณ์แปรปรวน		
ไม่มี	67	55.80
มี	53	44.20
ความวิตกกังวลและหวาดกลัว		
ไม่มี	43	35.80
มี	77	64.20

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในด้านอาการหวาดระแวงและหลงผิดมากที่สุด จำนวน 99 คน คิดเป็น ร้อยละ 82.50 รองลงมา คือ พฤติกรรมผิดปกติ จำนวน 93 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.50 วงจรการนอนหลับในแต่ละวันเปลี่ยนแปลง จำนวน 84 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.00 ความวิตกกังวลและหวาดกลัว จำนวน 77 คน คิดเป็น ร้อยละ 64.20 อาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว จำนวน 73 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.80 อาการประสาทหลอน จำนวน 61 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.80 และอารมณ์แปรปรวน จำนวน 53 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.20 ตามลำดับ

4. ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามรายข้อ (n = 120)

กิจกรรมทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านกิจกรรมนันทนาการ			
1. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริงของครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ในครอบครัว หรืองานเลี้ยงฉลองต่าง ๆ เป็นต้น	2.33	1.25	ต่ำ
2. ผู้สูงอายุมีกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับครอบครัว เช่น การไปรับประทานอาหารร่วมกัน การไปพักผ่อนตามโอกาส เป็นต้น	2.48	1.28	ต่ำ
3. ผู้สูงอายุดูการแสดงที่เกี่ยวกับความบันเทิง เช่น ละคร ลิเก การแสดงตลกหรือดนตรีจากโทรทัศน์ในโรงละคร หรือในงานต่าง ๆ	3.58	1.53	สูง
4. ผู้สูงอายุได้ฟังเพลง ร้องเพลง หรือตบมือตามจังหวะเพลงที่ตนเองชอบ	2.26	1.46	ต่ำ
5. ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกที่ตนชอบ เช่น อ่านหนังสือ ดูอัลบั้มรูป วาดภาพ ปลูกต้นไม้หรือเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น	2.75	1.63	ปานกลาง

ตารางที่ 22 (ต่อ)

กิจกรรมทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
6. ผู้สูงอายุได้เล่นเกมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น เกมตีลูกโป่ง เกมโยนลูกบอล การเล่นหมากรุก หรือการเล่นเกมต่อภาพ เป็นต้น	1.36	.85	ต่ำมาก
ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย			
7. ผู้สูงอายุได้เดิน เพื่อการออกกำลังกายภายในบริเวณบ้าน	3.55	1.57	สูง
8. ผู้สูงอายุได้เดิน เพื่อการออกกำลังกายภายนอกบ้านโดยมีผู้ดูแล	2.66	1.63	ปานกลาง
9. ผู้สูงอายุออกกายบริหารแขนและขา เพื่อการออกกำลังกาย	2.51	1.48	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางศาสนา			
10. ผู้สูงอายุได้ใส่บาตรตอนเช้า	2.27	1.43	ต่ำ
11. ผู้สูงอายุสวดมนต์ไหว้พระ	2.67	1.69	ปานกลาง
12. ผู้สูงอายุฟังเทศน์ ฟังเทปธรรมะ หรือฟังเพลงบทสวดมนต์	2.46	1.44	ต่ำ
13. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำบุญ เช่น การทอดกฐิน ทอดผ้าป่า หรือสนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา	2.33	1.30	ต่ำ
14. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในพิธีทางศาสนาในวันสำคัญ เช่น วันวิสาขบูชา หรือวันเข้าพรรษา เป็นต้น	1.94	1.29	ต่ำ

จากตารางที่ 22 พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดของคะแนนกิจกรรมทางสังคม คือ ข้อ 3 ผู้สูงอายุดูการแสดงที่เกี่ยวกับความบันเทิง เช่น ละคร ลิเก การแสดงตลกหรือดนตรีจากโทรทัศน์ ในโรงละคร หรือในงานต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.58 (SD = 1.53) รองลงมา คือ ข้อ 7 ผู้สูงอายุได้เดินเพื่อการออกกำลังกายภายในบริเวณบ้าน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.55 (SD = 1.57) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6 ผู้สูงอายุได้เล่นเกมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น เกมตีลูกโป่ง เกมโยนลูกบอล การเล่นหมากรุก หรือการเล่นเกมต่อภาพ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.36 (SD = .85)

5. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน จำแนกตามรายข้อ (n = 120)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. สภาพอากาศที่ร้อนเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ	2.99	1.27	ปานกลาง
2. เสียงพูดคุยของคนในห้องนอน ทำให้ผู้สูงอายุตื่นหรือนอนไม่หลับ	2.28	1.27	ต่ำ
3. สภาพอากาศที่เย็นเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ	2.29	1.25	ต่ำ
4. ห้องนอนที่มืดเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ	1.56	1.00	ต่ำ
5. เสียงที่เกิดจากการทำกิจกรรมของท่าน เช่น การลุกเดินเข้าห้องน้ำ การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือเสียงกรนเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึก หรือนอนไม่หลับ	2.71	1.37	ปานกลาง
6. การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายในห้องนอน เช่น อุปกรณ์เครื่องนอน บุคคลที่นอนร่วมห้อง ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติจนส่งผลรบกวนการนอนหลับ	1.96	1.24	ต่ำ
7. แมลงหรือสัตว์ต่าง ๆ เช่น ยุง หรือมด รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ	1.68	.84	ต่ำ
8. ที่นอนเปียกแฉะจากการปัสสาวะหรืออุจจาระราดของผู้สูงอายุ ทำให้รบกวนการนอนหลับ	2.90	1.65	ปานกลาง

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
9. เสียงดังจากภายนอกห้องนอน เช่น เสียงรถยนต์ เสียงสัตว์เลี้ยงหรือเสียงฟ้าร้อง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุตื่นหรือนอนไม่หลับ	2.65	1.32	ปานกลาง
10. ห้องนอนเปิดไฟสว่างตลอดคืน ทำให้ผู้สูงอายุตื่นขึ้นกลางดึกหรือนอนไม่หลับ	1.82	1.12	ต่ำ

จากตารางที่ 23 พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด ของคะแนนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับคือ ข้อ 1 สภาพอากาศที่ร้อนเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 (SD = 1.27) รองลงมา คือ ข้อ 8 ที่นอนเปียกแฉะจากการปัสสาวะหรืออุจจาระราดของผู้สูงอายุ ทำให้รบกวนการนอนหลับ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.90 (SD = 1.65) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 4 ห้องนอนที่มืดเกินไป ทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.56 (SD = 1.00)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอรษา มณีธนู เกิดวันที่ 7 ธันวาคม 2510 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีการศึกษา 2532 และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2551 ประสบการณ์การทำงาน ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญ ตึกอายุรศาสตร์ แผนกอายุรกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 และในปี พ.ศ. 2537 มาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษ ตึกภปร. 17 แผนกศัลยกรรม เกียรติประวัติที่เคยได้รับ ในปี พ.ศ. 2537 ได้รับเครื่องราชอิสริยภรณ์ จัตุรถาภรณ์ช้างเผือก ปี พ.ศ. 2539 ได้รับเครื่องราชอิสริยภรณ์ ตริตราภรณ์มงกุฎไทย ปี พ.ศ. 2542 ได้รับเครื่องราชอิสริยภรณ์ ตริตราภรณ์ช้างเผือก และปี พ.ศ. 2548 ได้รับเหรียญกาชาดสรรเสริญ และในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2550 ได้รับรางวัลเจ้าหน้าที่ดีเด่นประจำหน่วยงาน ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษ ตึกภปร. 17 แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย