

การศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิก
โรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวปิ่นชนานันท์ ตังอังกะนันท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE PREVALENCE OF AGGRESSIVE BEHAVIOR AND ASSOCIATED FACTOR IN
PATIENTS WITH DEMENTIA AT DEMENTIA CLINIC , KING CHULALONGKORN
MEMORIAL HOSPITAL

Miss Pinchananan Tungaungkanan



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาวปิ่นชนานันท์ ตังอังคะนันท์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พงศธร เนตราคม)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปีชนานันท์ ตั้งอังคะนันท์ : การศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (THE PREVALENCE OF AGGRESSIVE BEHAVIOR AND ASSOCIATED FACTOR IN PATIENTS WITH DEMENTIA AT DEMENTIA CLINIC , KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , หน้า.

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 110 คน ที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) แบบประเมินความก้าวร้าว Rating scale for Aggressive Behavior in the Elderly (RAGE) แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview Thai version) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน MBAI ข้อมูลที่บันทึกได้นำมาวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติ Chi-square ,T-test ,Peason Product Moment Correretion Coefficienc และ สถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Backward likelihood ratio

ผลการศึกษา : ความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 36.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส โสด หม้าย หรือหย่า รายได้น้อย การไม่ได้รับยาต้านโรคจิต ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูง จากการวิเคราะห์สถิติพหุตัวแปรพบว่าปัจจัยการทำนายปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ สถานภาพสมรส โสด หม้าย หรือหย่า และความรู้สึกเป็นภาระสูง โดยมีค่า adjusted odd ratio เป็น 3.143 และ 2.924 ตามลำดับ

สรุป : ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 36.4 ซึ่งต่ำกว่ารายงานจากต่างประเทศ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงและสถานภาพสมรส โสด หม้าย หรือหย่า

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปีการศึกษา 2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5374812130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEMENTIA / AGGRESSIVE BEHAVIORS / PREVALENCE

PINCHANANAN TUNGAUNGANAN: THE PREVALENCE OF AGGRESSIVE BEHAVIOR AND ASSOCIATED FACTOR IN PATIENTS WITH DEMENTIA AT DEMENTIA CLINIC , KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR: ASST. PROF.SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, pp.

Objective : To study the prevalence of aggressive behavior among patients with dementia at dementia Clinical ,King Chulalongkorn Memorial hospital.

Methodology : This was a descriptive study consecutively recruited 110 patients with dementia and caregivers. The questionnaire consisted of the questionnaire assessed for demographic and clinical data, the Thai Mental State Examination (TMSE) , The Rating scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE), the thai version of Zarit Burden Interview , and the Modified Barthel Activity of Daily Living Index (MBI). The statistical analysis was performed for descriptive and inferential statistics to demonstrate for the associated factors of aggressive behavior , including Pearson Chi-square test , T-test, Peason Product Moment Correretion Coefficienc and Logistic Regression Analysis With Backward likelihood ratio.

Results: The prevalence of aggressive behavior among patients with dementia was 36.4 % . The associated factors for aggressive behavior were single or widowed or divorced marital status, low income, not prescribed for antipsychotic medication, high feeling of burden . The multivariate analysis showed that marital status and feeling of burden were the predictive factors for aggressive behavior with adjusted odd ratio of 3.143 and 2.924 respectively.

Conclusion: The prevalence of aggressive behavior among the patients with dementia at the dementia clinic , King Chulalongkorn Memorial Hospital was 36.4 percentage , which is lower than the reports from western countries. The factors associated with aggressive behavior were single or widowed or divorced marital status and high feeling of burden from caregivers.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2013



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงไชย อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้สละเวลาอันแสนมีค่าคอยให้ความช่วยเหลือและแนะนำพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งนี้ยังให้กำลังใจ เอาใจใส่ด้วยความเข้าใจและความเมตตา หากปราศจากท่านผู้วิจัยคงไม่สามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมีน กัลยาศิริ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พันเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พงศธร เนตราคม กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยผู้สละเวลาให้คำแนะนำ เสนอแนะข้อคิดเห็น และอนุมัติแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลทุกท่านที่ ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกตลอดการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคสมองเสื่อม สิ่งที่ขาดไม่ได้เลยคือโมตรี และเสียงหัวเราะที่พี ๆ เจ้าหน้าที่มีให้ ขอขอบคุณ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้ความเข้าใจ และคำปรึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะทางด้านสถิติงานวิจัยแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังขอขอบพระคุณ คุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ เจ้าหน้าที่ห้องธุรการภาคจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือตลอดปี การศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สุขภาพจิตทุกคนที่คอยอยู่เคียงข้าง คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนทุกการตัดสินใจของผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยให้ได้รับการศึกษาในสถาบันอันทรงเกียรติแห่งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1	2
บทนำ.....	2
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	2
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมุติฐาน	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ข้อจำกัดการวิจัย	5
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
บทที่ 3	20
วิธีดำเนินการวิจัย	20
รูปแบบการวิจัย.....	20
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	20
หลักเกณฑ์ในการคัดเลือก	20
เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา.....	20
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	27
บทที่ 4	28
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	28
บทที่ 5	60
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	60

อภิปรายผลการวิจัย	62
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	64
รายการอ้างอิง	95
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	97



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการ รักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	30
2.ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วย(ข้อมูลจากเวชระเบียน)ของผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	34
3.ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการ การรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	36
4.ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการ รักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	40
5.ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi- square.....	43
6.ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi-square.....	44
7.ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับข้อมูลทั่วไป ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับ บริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test.....	48
8.ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลความเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวช ระเบียน) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi- square.....	49
9.ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi- square.....	53
10.ตารางการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ โดยใช้ สถิติสมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason Product Moment Correlation Coefficienc).....	58
11.ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เมื่อวิเคราะห์ด้วย สถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Backward likelihood ratio.....	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นได้เป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ส่วนใหญ่มักเกิดจาก Alzheimer's disease และ vascular dementia ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่ชัดเจน และยังไม่มียาการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงให้โรคหายขาดได้ โรคนี้นับว่ามีความสำคัญเพราะก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติและครอบครัว⁽¹⁾

The Alzheimer's research trust ผู้นำทางด้านการศึกษาวิจัยในโรคสมองเสื่อมแห่งสหราชอาณาจักรได้กล่าวถึงโรคสมองเสื่อมว่าเป็นภาวะการเสื่อมถอยการทำงานของระบบสมองด้านความทรงจำ ภาษา การตัดสินใจและการปรับตัว ซึ่งสถานะของโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมักจะคงอยู่กับบุคคลนั้นตลอดไป⁽²⁾ ซึ่งมีผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความลำบากแก่ญาติและผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ⁽³⁾ ก่อให้เกิดปัญหาที่เป็นภาระด้านสาธารณสุขในอนาคตทั้งในประเทศและทั่วโลก⁽⁵⁾

ความชุกของโรคสมองเสื่อม (Dementia) พบว่าประชากรมากกว่า 35 ล้านคนทั่วโลก อยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ในแต่ละปีพบว่ามีประชากรมากกว่า 4.6 ล้านคน มีอาการที่บ่งบอกถึงโรคสมองเสื่อม สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ สถานการณ์ข้อมูลจากสถาบันเวชศาสตร์เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2543 พบความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 11.4 และจากการสำรวจสถิติประชากรผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนไทยมีอายุเฉลี่ย 73 ปี⁽⁴⁾ จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้นทุกๆปี ได้รายงานเมื่อ มกราคม พ.ศ.2554 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 7,790,000 คน และปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 8,111,000 คน ดังนั้นการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมในปัจจุบันมีจำนวน 888,060 คน และจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ คาดว่า

จะมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 8.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โรคสมองเสื่อม สามารถแบ่งได้หลายชนิด ซึ่งโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease พบถึงร้อยละ 60 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด⁽³⁾ มีการคาดการณ์ว่าในอีกประมาณ พ.ศ. 2562 โรคสมองเสื่อมจะเกิดกับคนไทยมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนนับล้าน รายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตพื้นที่เอเชียแปซิฟิกสรุปได้ว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนใน พ.ศ.2598⁽⁷⁾

โรคสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองที่เกิดขึ้นภายหลังจากอย่างเร็วหรือช้า ทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ความจำเสื่อม บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ เกิดพฤติกรรมแปลกๆ มีความบกพร่องในการใช้ภาษา การคำนวณ ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจ โดยผู้ป่วยยังรู้ตัวดี ต่อมาอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถจำตนเองและผู้อื่นได้⁽³¹⁾

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือ Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมาก ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ อาการผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ หรือ พฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมซ้ำๆ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว อาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน และอารมณ์แปรปรวนเป็นต้น อาการบางอย่างพบได้ถึงร้อยละ 90 อาการผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย รวมถึงญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วย⁽³²⁾

อาการที่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ อาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวนผู้ดูแล พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด วิดกกังวล⁽⁶⁾

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ มักพบความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน⁽³³⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ⁽³⁴⁾

จากการที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งจะนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อคัดกรอง

ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับการหาแนวทางการดูแลรักษา การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม / ญาติ ที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

คำถามการวิจัย(Research Question)

1. ความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง กับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมุติฐาน (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย(patient) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนบุตร ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวที่ป่วยทางจิต สมาชิกในครอบครัว ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของโรคสมองเสื่อม ชนิดของโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัว/โรคแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับ

ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล (caregivers) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภูมิฐานะ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย เวลาพักผ่อนโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งการวิจัยอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประชากรกลุ่มอื่นของประเทศไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โรคสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทั้งความจำระยะสั้น และความจำระยะยาว และมีความบกพร่องอื่นร่วมด้วยในด้านความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ higher cortical function และบุคลิกภาพ โดยความบกพร่องด้านต่างๆ⁽⁵⁾

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Patients with Dementia) หมายถึง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer disease (AD), vascular dementia หรือ AD with CVD ในงานวิจัยนี้จะถือเอาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) ในทางคลินิกทั้ง 3 ชนิด และเข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึก ภปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้านต่างๆ และต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลมานานมากกว่า 3 เดือน และอยู่กับผู้ป่วยในช่วง 3 วันก่อนการประเมิน

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกทางกาย และวาจา โดยเจตนาทำให้เกิดความเจ็บปวด ความเสียหาย ทั้งแก่ตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อาทิ การเปล่งเสียงดัง การด่า กรีดร้อง สาปแช่ง⁽¹¹⁾

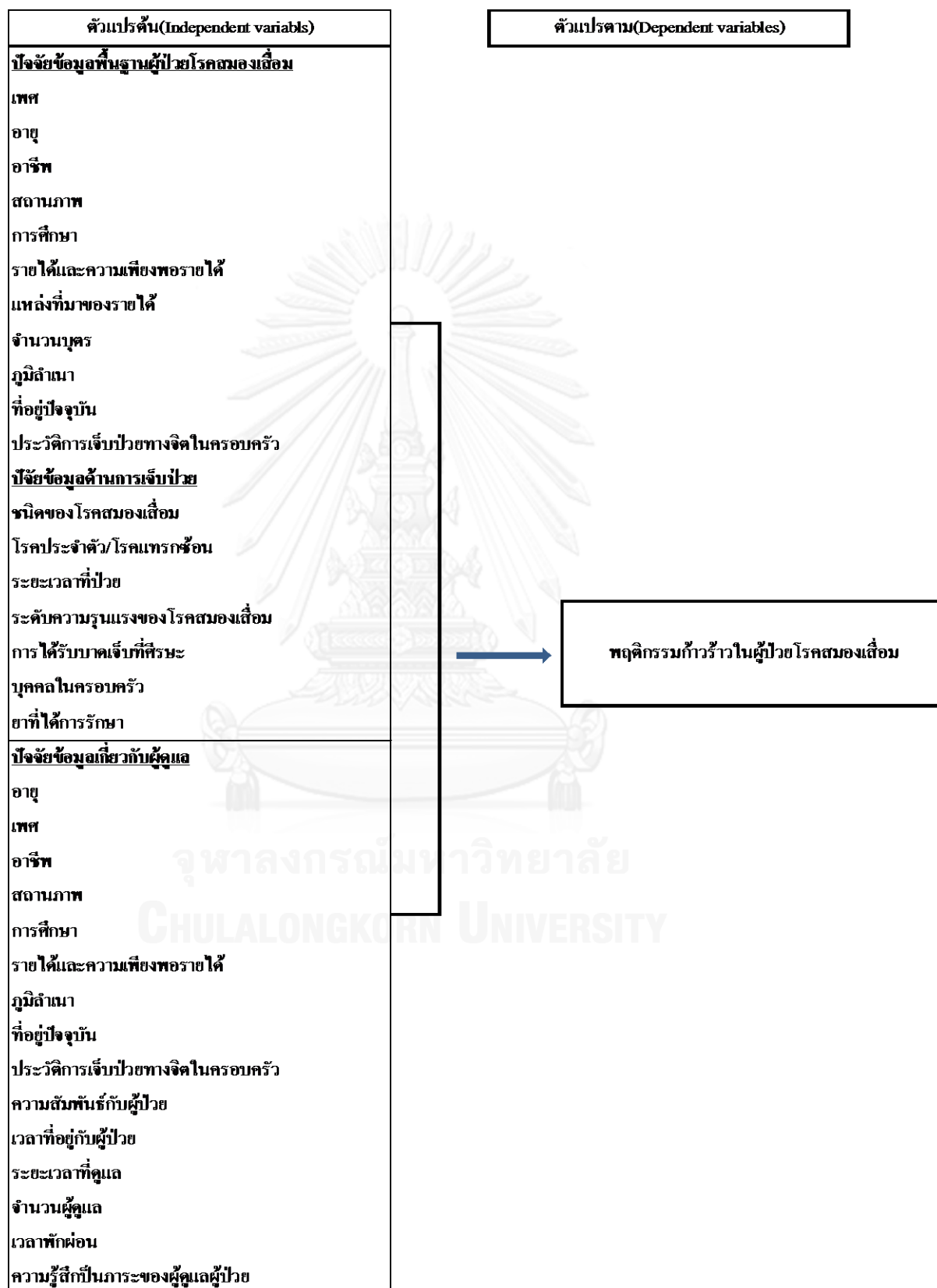
โดยงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Rating Scale for Aggressive Behavior in the Elderly (RAGE)⁽⁹⁾ ค่าคะแนนความก้าวร้าว โดยคะแนนรวม 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่แสดงอาการก้าวร้าว คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง แสดงอาการก้าวร้าวเล็กน้อย คะแนน 11-15

คะแนน หมายถึง แสดงอาการกำเริบ ปานกลาง คะแนน 16-20 คะแนน หมายถึง แสดงอาการ
กำเริบมาก และคะแนนรวมมากกว่า หรือ เท่ากับ 21 หมายถึง แสดงอาการกำเริบรุนแรง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐาน สำหรับเพิ่มแนวทางในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จะได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันก่อนที่จะเกิดเป็นปัญหาพฤติกรรมต่อผู้ป่วย คนในครอบครัวและสังคม

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยสมองเสื่อมในอนาคต สำหรับการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

3. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย สำหรับผู้ที่สนใจเรื่องดังกล่าวต่อไปนี้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคสมองเสื่อม(Dementia)
2. พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior)

แนวคิดและทฤษฎี

1 โรคสมองเสื่อม (Dementia)

ความหมายของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติที่เกิดจากกระบวนการทำงานของสมองที่เสื่อมลง พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เช่นเดิม และทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น พร้อมทั้งไม่สามารถที่จะวางแผน ตัดสินและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ ซึ่งมีผู้ให้ความหมาย ของโรคสมองเสื่อมไว้ดังนี้

WHO ⁽³⁵⁾ ให้ความหมายของโรคสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความเสื่อมอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถทางด้านสติปัญญาต่าง ๆ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ขณะที่มีความรู้สึกตัวเป็นปกติ และยังส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของตัวผู้ป่วยเอง

Harold ⁽³⁶⁾ กล่าวว่า เป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยมีการสูญเสียหน้าที่และการทำงานของสมอง และมีการทำงานผิดปกติ ในด้านภาษา ความจำ อารมณ์และบุคลิกภาพ รวมถึงการคิดคำนวณ และความคิดเชิงนามธรรม ที่ต้องผ่านการทดสอบทางระบบประสาท รวมถึงว่าภาวะที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นภาวะที่ไม่เป็นมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว

สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย⁽³⁷⁾ ให้คำจำกัดความของโรคสมองเสื่อมไว้ว่าเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นเท่าไรก็จะมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะของโรคสมองเสื่อมมากขึ้นเท่านั้น เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ

กัมมันต์ พันธุมจินดา⁽³⁸⁾ และ เฉลิมชาติ วรณพฤกษ์⁽³⁹⁾ กล่าวว่า โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของเปลือกสมอง (cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง การตัดสินใจผิดพลาด หลงลืม ความคิดทางนามธรรมผิดปกติ กลุ่มอาการสมองเสื่อมจะประกอบด้วย การหลงลืมเหตุการณ์ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน หลงเวลา สถานที่ สับสนในเรื่องวัน เวลา บุคคล หลงขนาด และระยะทาง มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว ไม่สนใจร่างกายตนเอง และไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เนื่องจากไม่สามารถบันทึกไว้ในความทรงจำหรือมีปัญหาด้านภาษาเพราะไม่เข้าใจความหมายของคำพูดหรือข้อเขียนต่าง ๆ พูดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ไม่เข้าใจคำพูดไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ อาการเหล่านี้มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถทำงานหรืออยู่ในสังคมได้

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่า ๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ไปเรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการอื่นที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม ร่วมกับมีอาการมึนงง พฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

มานิช หล่อตระกูล⁽⁵⁾ ได้อธิบายว่าโรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะผิดปกติอย่างหนึ่ง ที่พบได้ในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 6-12 ของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยสมองเสื่อม

อิทธิพล ตะวันกาญจนโชติ ได้กล่าวถึงโรคสมองเสื่อม คือ ความถดถอยในการทำงานของสมองซึ่งเกิดจากการฝ่อ หรือสูญเสียเซลล์ประสาทกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแล้วจึงลุกลามไปยังสมองส่วนอื่นๆ โดยความเสื่อมถอยจะดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไป บางครั้งอาจกินเวลา 10-15 ปีเลยทีเดียว โดยจะช้าหรือเร็วขึ้นขึ้นอยู่กับชนิดของอาการโรคสมองเสื่อม⁽²⁹⁾

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ กล่าวว่า โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นโรคที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการรู้คิดในการทำงานสมองหลายๆ ด้านซึ่งส่งผลให้ผู้สูญเสียความสามารถในการทำงานและการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมักมีปัญหาความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อยๆ พุดซ้ำ ถ้ามซ้ำ เรียกชื่อสิ่งของและชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก หลงทางเวลาเดินทางออกนอกบ้านคนเดียว ผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดก้าวร้าว มีพฤติกรรมแปลกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อม หวาดระแวง หูแว่วหรือเห็นภาพหลอนร่วมด้วยสมองเสื่อม เกิดจากหลายสาเหตุ มีทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้⁽⁴⁰⁾

Internation Psychogeriatric Association ให้ความหมายของพฤติกรรมและจิตใจของโรคสมองเสื่อม (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) หมายถึง อาการความคิดผิดปกติในด้านการรับรู้ การคิด อารมณ์หรือ พฤติกรรม ซึ่งจะพบบ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾

Alzheimer 's Disease International (1999) ได้แบ่งอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยของโรคสมองเสื่อม คือ อาการทางเชาว์ปัญญา (cognitive aspect) เช่น ความจำเสื่อมลง มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา การคิด การใช้เหตุผล การรับรู้ลดลง หรือมีการตัดสินใจบกพร่อง และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงร่วมกับอาการทางจิต (behavioural and psychological symptoms of dementia หรือ BPSD) มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ กินจุ และส่งเสียง กรีดร้อง อาการผิดปกติทางจิต เช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ซึมเศร้า เห็นภาพหลอน หูแว่ว และหวาดระแวง เป็นต้น

สรุปได้ว่า โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองทำให้เกิดความผิดปกติในด้านความคิด ความจำบกพร่อง สติปัญญา การตัดสินใจ และรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์และพฤติกรรม ที่มักจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงเรื่อยๆ โดยจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมเสียหน้าที่การเรียนรู้และเชาว์ปัญญา ความจำเสื่อมทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพได้ และ ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

ในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อม ทุกการศึกษาให้ผลตรงกันอย่างน้อยหนึ่งว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อม จะมีจำนวนสูงขึ้นอย่างชัดเจนมาก เมื่อมีอายุมากขึ้น (มากกว่า 65 ปี) และจำนวนความชุกจะเพิ่มเป็นเท่าตัว ในทุกๆช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้โรคสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ แต่โดยรวมแล้ว พบได้น้อยในผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนิยมใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition (DSM-IV-TR) ดังนี้

มีความบกพร่องของความสามารถของสมองหลายส่วนซึ่งจะต้องมีอาการความจำเสื่อมและมีอาการอย่างอื่นอีกอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่

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

ชนิดของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นจากตัวโรคที่เข้าไปทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่ในสมองและทำให้เกิดความเสียหายในส่วนของการทำงานของสมอง ซึ่งโรคที่เกิดขึ้นจากการมีภาวะสมองเสื่อมโดยทั่วไป คือ Alzheimer's disease และ vascular dementia ผู้ป่วยบางคนมีอาการสองอาการควบคู่กันของทั้งสองโรค นอกจากนี้โรคในโรคสมองเสื่อมยังมี dementia with lewy's bodies และ frontotemporal dementia รวมไปถึง Parkinson's disease ภาวะติตสุรา และการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

Alzheimer's disease เป็นชนิดของโรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเซลล์สมองจะเสื่อมสลายอย่างรวดเร็วรุนแรง และต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของสมองลดลง อาการและอาการที่แสดงออกอย่างผิดปกติ ด้านความจำ พฤติกรรม และอารมณ์ ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อมโดยทั่วไป แต่ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะช้าเมื่อเทียบกับโรคสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น เช่น เนื้องอก

Vascular dementia เป็นโรคสมองเสื่อมจากเส้นเลือดในสมอง เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมองที่เกิดการตีตันทำให้ออกซิเจนไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงสมองและทำให้สมองส่วนนั้นโดนทำลายหรือตายในที่สุด สาเหตุนี้ทำให้บุคคลที่มีอาการดังกล่าวสูญเสียการทำงานในส่วนของสมองที่ตายซึ่งจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีอาการของเส้นเลือดในสมองตีบหรือ stroke นั้นเอง การเกิด stroke สามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การควบคุมกล้ามเนื้อ และการสัมผัสต่าง ๆ หรืออาการดังกล่าวข้างต้นผสมผสานกัน ขึ้นอยู่กับส่วนไหนของสมองที่ได้รับความเสียหาย

นอกจากนี้ยังมีโรคสมองเสื่อมจาก Parkinson's disease เป็น subcortical dementia ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเป็นอาการเด่น และ traumatic brain injury เป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่ควรระวังเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้มีการจำแนกแตกต่างกันออกไปในหลายลักษณะ คือการจำแนกตามที่มาของสาเหตุ ดังนี้^(5,31)

1. โรคสมองเสื่อม เกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง หรือบางส่วนของสมองมีการตายเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ไม่ทราบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร และไม่ทราบว่ามีสารเคมีชนิดใดเป็นตัวกระตุ้นทำให้เนื้อสมองมีการตาย โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน และยังมีโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค ในกลุ่มนี้ โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด

2. โรคสมองเสื่อมเกิดจากหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีตันผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงมากจนถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองตายไป เนื้อสมองส่วนที่ตายไปนั้น ถ้ามีการตายของเนื้อสมอง เนื่องจากการขาดเลือดนี้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเนื้อสมองมีการตายเป็นจำนวนมาก

จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ ในบางครั้งเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองนั้น อุดตันในบริเวณเส้นเลือดใหญ่ ทำให้เกิดเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ ผู้ป่วยรายนี้อาจจะเกิดอาการสมองเสื่อมได้

3. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง มีเชื้อไวรัสหลายชนิดซึ่งทำให้เกิดการอักเสบในสมอง เช่น เชื้อเอชไอวี เชื้อรา เชื้อวัณโรค เชื้อพยาธิ เชื้อซิฟิลิส ซึ่งความเสียหายจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อสมอง เนื้อสมองบางส่วนที่ตายไป ทำให้ความสามารถของสมองเสื่อมลงไป และมักจะจำอะไรหรือจำใครไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ บางคนอะละเวียวาย บางคนแสดงอาการว่าเห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นลักษณะของสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง ส่วนใหญ่แล้วสมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อในสมองนั้น มักพบในคนอายุน้อย

4. โรคสมองเสื่อมจากภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหารบางชนิด เช่น การขาด วิตามิน B1 หรือวิตามิน B12 วิตามิน B1 ซึ่งเป็นสารช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ ผู้ที่ขาดวิตามิน B1 ไม่เพียงพอต่อร่างกาย ทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ จนอาจจะถึงแก่เซลล์สมองเสียหายตายไป นอกจากนี้วิตามิน B12 ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำงานของสมอง เพื่อให้เพียงพอกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

5. โรคสมองเสื่อมจากการแปรปรวนของเมตาโบลิคของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์และกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายจะทำให้เกิดของเสียคั่งอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าภาวะอย่างนี้เป็นอยู่นาน ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคสมองเสื่อมได้

6. โรคสมองเสื่อมจากการถูกระบบประสาทที่ศีรษะ เช่น ภาวะที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ หรือสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากการชกมวย เนื้อสมองที่กระทบกระเทือนอย่างหนักจนทำให้เนื้อสมองตายไปจำนวนมากเข้า ก็จะทำให้การทำงานไม่เป็นปกติ มีอาการสมองเสื่อมได้

7. โรคสมองเสื่อมจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการแบบที่พบในเนื้องอกสมองส่วนอื่น เช่น อาการแขนขาไม่มีแรง มองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น แต่เนื้องอกในบริเวณนี้อาจจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

8. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจาก โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ซึ่งอาการที่แสดงออกมาคืออาการมีภาวะความจำแยลง

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม^(38,45)

เนื่องจากโรคสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ เราสามารถจำแนกความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ จะพบว่า ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ และยังสามารถตัดสินใจในเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตัวเองแต่เริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่การงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มากอาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง

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

ระดับที่ 3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค จะพบว่า ผู้ป่วยมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บกพร่องในการดูแลกิจวัตรของตนเองเป็นอย่างมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สูญเสียความจำอย่างมาก พูดไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเองได้หรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่น ๆ อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ จนต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

2 พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior)

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่ทำร้ายหรือมุ่งทำร้ายผู้อื่น ซึ่งหมายรวมถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น ความก้าวร้าวทางวาจา การกลั่นแกล้ง การต่อสู้ ทำร้ายร่างกาย ปล้น ข่มขืน และฆาตกรรม เป็นต้น ซึ่งความก้าวร้าวนั้นสามารถปรากฏได้ในหลายรูปแบบ และมักจะมีเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน อเล็กซานเดอร์ (cited Finnera et al. 1994: 1089) ได้ให้คำจำกัดความ ความก้าวร้าว (Aggression) เป็นการใชพลังที่ไม่เหมาะสมมีการกระทำด้วยคำพูดหรือทางร่างกายที่ไม่เหมาะสมต่อบุคคลเป้าหมายที่สนใจ^(x)

Patel and Hope (1992)⁽⁵⁰⁾ ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้สูงอายุ The Rating Scale for Aggressive Behaviours in the Elderly behavior (RAGE) แบบประเมินนี้ได้ ถูกทดสอบค่าคะแนนของความก้าวร้าวที่ใช้การวัดมาตรฐานอยู่ที่ $r = 0.92, P < 0.001$ ซึ่งถือว่าสูงและมีค่าความน่าเชื่อถือได้ เป็นแบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความน่าเชื่อถือและแตกต่างจากแบบประเมินอื่น ๆ ที่มักจะประเมินปัญหาพฤติกรรมหลายด้าน ซึ่งรายงานจากต่างประเทศได้สนับสนุนการใช้งานและนำไปใช้ของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวในการวัดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม⁽⁵¹⁾

การแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว อาจมีได้หลายแบบ เช่น

- การหาทางออก ผ่านกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการเล่นกีฬาหรือการพูด เช่น การค้นหา วิจัย
ผู้อื่น เป็นต้น

- การเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น ไม่ไว้วางใจ
ผู้อื่น เป็นต้น

- การลงโทษตัวเอง เมื่อไม่มีทางออก หรือ ไม่สามารถที่จะระบายออกสู่คนอื่น หรือนอก
ตัวเองได้ ซึ่งอาจเป็นการก่อกวนการถูกลงโทษ หรือเกิดจากการสำนึกผิดของตนเอง ซึ่งอาจทำให้บุคคล
นั้นเกิดภาวะซึมเศร้าได้

- การย้ายไปสู่สิ่งอื่น หรือ บุคคลอื่น ที่เป็นสาเหตุหรือไม่ใช่สาเหตุโดยตรง

ประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าว

Buss⁽⁵⁵⁾ ได้กล่าวถึงประเภทของพฤติกรรมก้าวร้าวตามลักษณะของการแสดงออก ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น การผลัก การชกต่อย เตะ ตี ขว้างปาสิ่งของใส่ผู้อื่น
ใช้ปืนหรือใช้มีด บีบรัดผู้อื่น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางวาจา เช่น การพูดหยาบคาย การพูดต่อว่า การพูดจาดูหมิ่น

Berkowitz⁽⁶⁾ ได้แบ่งพฤติกรรมก้าวร้าวออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. พฤติกรรมก้าวร้าวที่กระทำเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลไม่ได้มีเจตนาจะ ทำให้คนอื่นได้รับความเสียหายหรือได้รับบาดเจ็บ แต่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้ซึ่งผล บางอย่าง เช่น เพื่อเรียกร้องความสนใจ เพื่อระบายความคับข้องใจ เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวนี้จะ เปลี่ยนไปตามสภาพการณ์ที่มีการให้รางวัลหรือโทษ

2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากความโกรธแค้น เป็นพฤติกรรมที่มีเจตนาให้บุคคลอื่นได้รับบาดเจ็บหรือ สิ่งของเสียหาย เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและสังคม หากพฤติกรรมก้าวร้าวมีความ รุนแรง จะนำไปสู่การทำให้บุคคลได้รับความบาดเจ็บหรือเสียชีวิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจพบว่า ในประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย อาจพบผู้ที่มีปัญหาโรคสมอง เสื่อม 2% ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้อาจนำมาซึ่งปัญหาทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมและจิตใจที่พบในผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมมีดังนี้ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง พบได้บ่อยที่สุดโดยพบได้ถึง 70% ของผู้ป่วยสมอง เสื่อม ภาวะหลงผิด พบได้ 30-50% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ภาวะประสาทหลอน พบได้ 10-30% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย โกรธอย่างฉับพลัน พบ ได้ถึง 50%ของผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจพบพฤติกรรมอื่นๆ ที่พบบ่อยๆก็คือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมหาย ออกจากบ้านไป ภาวะการเดินไปแบบไม่มีจุดหมายจะพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม อีกปัญหาคือปัญหา พฤติกรรมลวนลามทางเพศกับเพศตรงข้ามแต่ส่วนใหญ่ก็จะพบในผู้ป่วยชาย จะพบได้ 20% ของ ผู้ป่วยสมองเสื่อม⁽¹²⁾

โรคสมองเสื่อมนอกจากอาการทางคลินิกแล้ว อาการอื่นของโรคที่พบ คือผู้ป่วยอาจมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยขาดการควบคุมอารมณ์ ร่วมด้วย⁽²⁰⁾

โรคสมองเสื่อม ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากการศึกษา ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 215 ราย พบว่า 41% มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยง ของพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น และทำให้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมากขึ้น⁽³⁰⁾ จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวบางอย่างเป็นผลมาจากการตีความผิด ของการกระตุ้น จากสภาพแวดล้อม เนื่องจากมีการทำงานด้านความรู้ ความเข้าใจต่ำ และบางอย่างเป็นผลมาจากการไม่มีการยับยั้ง ลักษณะนิสัยและบางอย่างเป็นผลมาจากการ กระตุ้นทางจิต เช่น การมองเห็นเป็นภาพหลอน⁽²⁴⁾

Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) จะล้อมรอบไปด้วยกลุ่มของปัญหาพฤติกรรม และอาการเหล่านี้เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความก้าวร้าว ตะโกน อารมณ์ทางจิต รวมไปถึง ภาพหลอน และความกระวนกระวาย(21) หงุดหงิดก้าวร้าว ไม่เคารพกฎของสังคม มีอารมณ์ขันมากผิดปกติ ผิดกาลเทศะ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตัวเอง กระทำคามผิดลงไปโดยขาดการควบคุมอารมณ์และให้ความสนิทสนมกับคนแปลกหน้ามากเกินไป ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม⁽²¹⁾

จากการศึกษาพบว่า ประมาณ 83%ของผู้ที่มีโรคสมองเสื่อมนั้นจะประสบกับ Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) อย่างน้อย 1 อย่างในช่วงระยะเวลาเจ็บป่วยของพวกเขา ในจำนวนนี้ประมาณ 60% ผู้ป่วยจะมีปัญหา ภาพลวงตา จะพบกับปัญหาภาพหลอน 33% มีปัญหาอะอะโวยวาย 35%จะมีอาการกระวนกระวาย 40% จะมีอารมณ์ซึมเศร้า และ 13% จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว⁽²⁵⁾

กอบททัย สิทธิธรรณฤทธิ์ ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมอารมณ์จิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 90 จะมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ และเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ว่าโรคสมองเสื่อมนั้นจะเกิดจากสาเหตุใด จะมีปัญหานี้ร่วมด้วยและปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

พฤติกรรมก้าวร้าวในโรคสมองเสื่อมสามารถจำแนกออกได้ 4 กลุ่มคือ พฤติกรรมก้าวร้าวทางเสียง เช่นการ ตะโกน ตะคอกและกรีดร้อง ออกคำสั่ง พูกจาถากถาง พฤติกรรมก้าวร้าวทางกายภาพ เช่นการ ผลัก ตี ถ่มน้ำลาย จิก และทำลายทรัพย์สิน พฤติกรรมก้าวร้าวทางเพศ เช่น การช่วยตัวเองในที่สาธารณะ การเปลื้องเสื้อผ้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่นการ จงใจทำร้ายตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้สร้างความอึดอัดใจอย่างมาก ทำให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความยากและกลายเป็นความทุกข์ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังเป็นกับคนอื่นๆในรอบข้างด้วย⁽²²⁾

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นงานที่หนักและมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จากเดิม เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาใน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเสื่อมลง⁽²⁷⁾

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นปัญหาซับซ้อน ที่รวบรวมหลายปัญหา ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สภาพครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมรอบตัว และจากปัญหาพฤติกรรมมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้แก่ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ⁽²⁶⁾ การแสดงอาการก้าวร้าวทางการกระทำมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจำนวน 52% ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมทั้งหมด เมื่อเกิดการก้าวร้าวที่รุกรานผู้อื่น จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงหรือทำให้เกิดความเสียหายสูงเนื่องจาก จะต้องชดใช้ค่าเสียหายให้แก่สถานพยาบาล และผู้สูงอายุผู้อื่นที่อยู่ร่วมสถานพยาบาลเดียวกัน⁽¹⁵⁾

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการโรคสมองเสื่อม การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวจะขึ้นอยู่กับ อาการและความรุนแรงของโรค ลักษณะนิสัยเดิมของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อผู้ป่วย และความสัมพันธ์เดิมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ⁽¹⁴⁾

พฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรง เพราะผู้ดูแล ต้องขาดงาน และ มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเข้าสู่สถานพยาบาลของผู้น่าบอดของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม⁽²³⁾

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือก (Diagnostic Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer disease (AD), vascular dementia หรือ AD with CVD โดยจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์
2. ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันและดูแลมานานมากกว่า 3 เดือน และอยู่กับผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา
3. ผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทยโดยวิธีการฟัง พูดตามปกติได้

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเนื่องจากเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จนได้จำนวนตามขนาดตัวอย่าง

ขนาดของตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณโดยใช้สูตรต่อไปนี้

$$\text{สูตรคำนวณ} \quad n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดย $n =$ ขนาดตัวอย่าง

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

$P =$ สัดส่วนความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยสมองเสื่อม เท่ากับ 52 % = 0.52

จากการศึกษาของ (Eastley&Wilcock, 1997)(19)

$d =$ ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยสมองเสื่อม = 0.1

$$(\text{maximum permissible error} = 0.1 \times p) = 0.48$$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.52) (0.48)}{(0.1)^2} = 95.8$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 96 คน

เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บ จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา = 110 คน

12.2 การสังเกตและมาตรวัด (Observational Measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น (Independent Variables)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย(patient)

ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนบุตร ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวที่ป่วยทางจิต สมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของโรคสมองเสื่อม ชนิดของโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัว/โรคแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับ

ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล(caregivers)

ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภูมิลำเนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย เวลาพักผ่อนโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement Instruments)

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามมี 5 แบบสอบถามดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามมีจำนวน 36 ข้อ มีคำถาม 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (patient)

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนบุตร ภูมิลำเนา ที่อยู่ ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว สมาชิกในครอบครัว มีจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ชนิดของโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว การได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ยา และการรักษาที่ได้รับ เป็นต้น มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล (caregivers)

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอรายได้ ภูมิลำเนาเดิม ที่อยู่ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ดูแล เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อน พักอยู่บ้านเดียวกัน เป็นต้น มีจำนวน 16 ข้อ

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE)

เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองประเมินจากการสัมภาษณ์ของผู้ป่วย พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ได้ทำการทดสอบความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามแล้วตามเอกสารอ้างอิง(21) ใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อม แบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการ คือ การรับรู้ (orientation) 6 คะแนน, การจดจำ (registration) 3 คะแนน, ความใส่ใจ (attention) 5 คะแนน, การคำนวณ(calculation) 3 คะแนน, ด้านภาษา(language) 10 คะแนน, และการระลึกได้(recall) 3คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนในที่นี้ คะแนนเต็ม 30 คะแนนและมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคสมองเสื่อม ที่ค่าคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน โดยแบ่งความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมตามคะแนน TMSE ดังนี้⁽¹⁶⁾

TMSE น้อยกว่า 11 หมายถึง severe dementia

TMSE ระหว่าง 11-18 หมายถึง moderate dementia

TMSE ระหว่าง >18 หมายถึง mild dementia

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน TMSE มาแล้ว ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนผู้วิจัยเก็บข้อมูล จะไม่มีการประเมิน TMSE ซ้ำในการเก็บข้อมูลครั้งนั้น

3. แบบประเมินความก้าวร้าว

Rating scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE)⁽¹⁹⁾

ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด จำนวน 21 ข้อ

แบบประเมินความก้าวร้าวนี้สามารถแยกแยะพฤติกรรมก้าวร้าวออกไปได้ทั้งในแบบการก้าวร้าวทางวาจา และการก้าวร้าวทางการกระทำได้ โดยใช้เวลาในการประเมิน 3 วัน หรือถามข้อมูลย้อนหลังไป 3 วัน และสามารถประเมินโดยผู้ดูแล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในการทำแบบประเมิน

การคิดค่าคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนในข้อที่เลือก เทียบระดับความก้าวร้าวดังนี้

ค่าคะแนนความก้าวร้าว โดยคะแนนรวม 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่แสดงอาการก้าวร้าว
คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง แสดงอาการก้าวร้าวเล็กน้อย
คะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง แสดงอาการก้าวร้าวปานกลาง
คะแนน 16-20 คะแนน หมายถึง แสดงอาการก้าวร้าวมาก และ
คะแนน เท่ากับ 21 หมายถึง แสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง⁽¹⁷⁾

ผลการศึกษาพบว่า RAGE มีความสัมพันธ์ต่อค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างคะแนนตรวจสอบและคะแนนรวมของ RAGE พบว่า ($r = 0.84, P < 0.001$) ความสอดคล้องนี้จะถูกคำนวณโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ความสอดคล้องภายในและความน่าเชื่อถือจัดได้ว่ามีค่าสูงซึ่ง alpha coefficient อยู่ที่ 0.74 ผลที่ได้ประเมินมาครั้งหนึ่งยังมีความน่าเชื่อถือมากโดยใช้ Guttman split-half coefficient ได้ค่าออกมาที่ 0.79 ค่าความสอดคล้องของ RAGE ($r = 0.83, P < 0.01$) และค่าคะแนนของความก้าวร้าวที่ใช้การวัดมาตรฐานอยู่ที่ $r = 0.92, P < 0.001$ ซึ่งถือว่าสูง

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาต Dr. Vikram Patel , Tony Hope .เจ้าของลิขสิทธิ์ ใช้แบบประเมินความก้าวร้าว เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัยฉบับนี้แล้ว

4. แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระการดูแล (Zarit Burden Interview Thai version)

เป็นแบบทดสอบสำหรับวัดภาระผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ของ Zarit Burden Interview, ZBI) ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แพนคง⁽²³⁾ : ข้อคำถามเป็นตัวสะท้อนความรู้สึกของผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่น มีทั้งหมด 22 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ประจำ ได้ 4 คะแนน, บ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน, บางครั้ง ได้ 2 คะแนน, นานๆ ครั้ง ได้ 1 คะแนน, ไม่เคยเลย ได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 – 88 คะแนน ผู้ที่ได้รับคะแนนสูงจะสัมพันธ์กับภาระการดูแลที่มีมากเป็นสัดส่วนโดยตรง การให้คะแนนการแปลผล แบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้

0-7 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลน้อย

8-34 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลปานกลาง

35-88 คะแนน หมายถึง มีภาระการดูแลมาก

แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview Thai version มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 แสดงถึงการมีคุณภาพของแบบวัด เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นสูง⁽¹⁸⁾

5. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน MBI (The Modified Barthel Activity of Daily Living Index)

เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยดัดแปลงมาจาก Barthel Activity of Daily Living Index by jitapunkul and colleagues (1994: 97-101) ซึ่งให้คะแนนกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลืนอุจจาระ การกลืนปัสสาวะ ซึ่งการให้คะแนนแบ่งออกเป็นส่วนๆ ดังนี้

1. การเคลื่อนไหวร่างกาย แบ่งเป็น 4 คะแนน คือ 0 ต้องช่วยตลอด , 1 ต้องช่วยมาก , 2 ต้องช่วยเล็กน้อย , 3 ไม่ต้องช่วยเลย

2. การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได แบ่งออกเป็น 3 คะแนน คือ 0 ต้องช่วยตลอด , 1 ต้องช่วยบ้าง , 2 ไม่ต้องช่วยเลย

3. การทำความสะอาด การอาบน้ำ แบ่งเป็น 2 คะแนน คือ 0 ต้องช่วยตลอด , 2 ไม่ต้องช่วยเลย

แบ่งคะแนนรวมจาก 0-20 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (Total dependence)

คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง (Severe dependence)

คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพานกลาง (Moderate dependence)

คะแนน 12-19 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาน้อย (Mild dependence)

คะแนน 20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาวะพึ่งพา (Independence)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงหัวหน้าภาควิชาและประธานหลักสูตร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยทำหนังสือถึง พร้อมแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และดำเนินงานเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคนของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

4. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
5. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ที่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในแบบใบขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ตามแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลบางตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยนำมาสอบถามเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 17 (Statistical package for the Social Science Version 17) ในการประมวลผลข้อมูล โดยดำเนินการด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ Chi-square และ Chi-square & Fisher's exact ในกรณีที่ตัวแปรเชิงกลุ่มทั้ง 2 ตัว มีค่าเพียง 2 ค่า กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มาของพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Backward likelihood ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 110 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วย(ข้อมูลจากเวชระเบียน)ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Chi – square

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับข้อมูลทั่วไป ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลความเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi- square

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi- square

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ สถิติสมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason Product Moment Correlation Coefficienc)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 11 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Backward likelihood ratio

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	29.1
หญิง	78	70.9
อายุ (ปี)		
< 70	32	29.1
70 – 74	17	15.4
75 – 79	22	20.0
80 - 84	30	27.3
85 ปีขึ้นไป	9	8.2
Mean \pm =77.8 ,SD=8.5 ,Min= 54 ,Max= 94		
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	68	61.8
ข้าราชการ บำนาญ	21	19.1
ธุรกิจส่วนตัว เช่น ขายของ	7	6.4
ลูกจ้างบริษัทเอกชน	3	2.7
รับจ้าง	4	3.6
เกษตรกร	1	1.8
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	6	5.5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	11	10.0
คู่	58	52.7
หม้าย	34	30.9
หย่าร้าง	1	0.9
แยกกันอยู่	6	5.5
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	18	16.4
ประถมศึกษา	42	38.2
มัธยม ปวช ปวส	25	22.7
ปริญญาตรี	17	15.5
สูงกว่าปริญญาตรี	8	7.3
รายได้ (บาท)		
≤ 5,000	62	56.4
5,001 - 20,000	28	25.5
20,001 - 35,000	10	9.0
35,001 - 50,000	7	6.4
50,001 ขึ้นไป	3	2.7
Mean = 20,626 ,SD= 26,839.9 ,Min= 0 ,Max= 200,000		
ความเพียงพอ		
พอใช้มีเงินเก็บ	68	61.8
พอใช้ไม่มีเงินเก็บ	31	28.2
ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้	9	8.2
ไม่พอใช้และเป็นหนี้	2	1.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการ
 รักษาศูนย์โรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ที่มารายได้		
เงินบำเหน็จ บำนาญ	38	34.5
บุตร/หลาน	38	34.5
เงินสะสม	13	11.8
ญาติพี่น้อง	9	8.3
ค่าเช่าต่าง ๆ	7	6.4
สามี/ภรรยา	5	4.5
บุตร (คน)		
ไม่มีบุตร	15	13.5
1	7	6.4
2	20	18.2
3	22	20.0
4	18	16.4
≥ 5	28	25.5
Mean = 1.74 ,SD= 1.046 ,Min= 1 ,Max= 7		
ภูมิลำเนาเดิม		
กรุงเทพฯ	46	41.8
ต่างจังหวัด	64	58.2
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพฯ	91	82.7
ต่างจังหวัด	19	17.3
บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต		
มี	16	14.5
ไม่มี	94	85.5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการ
รักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
บ้านของผู้ป่วย	73	66.3
บ้านของบุตร	31	28.2
บ้านญาติ	6	5.5
จำนวนผู้ดูแล(คน)		
1	60	54.5
2	33	30.0
3	11	10.0
4	2	1.8
≥ 5	4	3.7
Mean = 2.68 ,SD= 1.00 ,Min= 1 ,Max= 6		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 มีอายุเฉลี่ย น้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 29.1 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.8 มีวุฒิการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 61.8 ที่มาของรายได้มาจากเงินบำเหน็จ บำนาญ และ บุตร/หลาน ร้อยละ 34.5 มีบุตรมากกว่าเท่ากับ 5 คน ร้อยละ 25.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมมาจากต่างจังหวัด ร้อยละ 58.2 ส่วนใหญ่ปัจจุบันในกรุงเทพฯ ร้อยละ 82.7 ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต ร้อยละ 85.5 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 66.3 และมีผู้ดูแล 1 คน ร้อยละ 54.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วย(ข้อมูลจากเวชระเบียน)ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลทั่วไปของเวชระเบียน(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โรคสมองเสื่อมชนิด		
Alzheimer disease	47	42.7
Vascular dementia	37	33.6
AD with CVD	26	23.6
คะแนน TMSE		
Mean = 17.55 ,SD= 7.16, Min= 0.00 Max= 30.00 ,		
โรคประจำตัว		
มี	77	62.5
ไม่มี	33	37.5
ระยะเวลาของการเป็นโรค (ปี)		
< 2	32	29.1
2 - 3	36	32.7
4 - 5	22	20.0
6 - 7	11	10.0
8 ปีขึ้นไป	9	8.2
Mean = 4.6 ,SD= 3.4 ,Min= 6เดือน ,Max= 15 ปี		
เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ		
เคย	28	25.5
ไม่เคย	82	74.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วย(ข้อมูลจากเวชระเบียน)ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเวชระเบียน(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม		
มี	19	17.3
ไม่มี	91	82.7
ยาที่ได้รับ		
CHOLINESTERASE INHIBITORS	88	80.0
COGNITIVE ENHANCER		
- Memantine ,Niceogoline	37	33.6
ยาด้านโรคจิต	56	50.9
ยาด้านเศร้า	49	44.5
ยากันชัก	37	33.6
ยานอนหลับ	78	70.9
วิตามิน	18	16.4

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 ราย พบว่าเป็นโรค Vascular dementia ร้อยละ 33.6 คะแนน TMSE เฉลี่ย 17.55 พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.4 ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อมที่พบ 2-<4 ปี ร้อยละ 32.7 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ หรือโดนกระแทกอย่างรุนแรง ร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่ไม่พบบุคคลในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 81.8

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาศัลยกรรมโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	12.7
หญิง	96	87.3
อายุ (ปี)		
≤ 30	9	8.2
31 – 40	16	14.5
41 – 50	39	35.5
51 – 60	26	23.6
61 ปีขึ้นไป	20	18.2
Mean = 49.4 ,SD= 14.6 ,Min= 20 ,Max= 84		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	22.7
ลูกจ้างพนักงาน	13	11.8
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	16	14.5
ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	17	15.5
รับจ้าง เช่น เกษตรกรรม,รับจ้างดูแลผู้ป่วย	39	35.5
สถานภาพ		
โสด	49	44.5
คู่	54	49.2
หม้าย	3	2.7
หย่าร้าง	2	1.8
แยกกันอยู่	2	1.8

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับ
บริการการรักษาศัลยกรรมโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.7
ประถมศึกษา	23	20.9
มัธยม ปวช ปวส	29	26.4
ปริญญาตรี	42	38.2
สูงกว่าปริญญาตรี	13	11.8
รายได้ (บาท)		
≤ 5,000	28	25.5
5,001 - 20,000	51	46.4
20,001 - 35,000	20	18.2
35,001 - 50,000	4	3.6
50,001 ขึ้นไป	7	6.4
Mean = 19,418.18 ,SD= 15,756.97 ,Min= 3,000 ,Max= 100,000		
ความเพียงพอ		
พอใช้มีเงินเก็บ	69	62.7
พอใช้ไม่มีเงินเก็บ	26	23.6
ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้	11	10.0
ไม่พอใช้และเป็นหนี้	4	3.7
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ	52	47.3
ต่างจังหวัด	58	52.7

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาศัลยกรรมโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพฯ	92	83.6
ต่างจังหวัด	18	16.4
มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต		
มี	23	20.9
ไม่มี	87	79.1
ความสัมพันธ์กับ		
สามี/ภรรยา	17	15.5
ลูกชาย/ลูกสาว	53	48.2
ลูกจ้าง	40	36.3
เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน(ชั่วโมง)		
< 12	47	42.7
13 - < 18	18	16.4
18 ขึ้นไป	45	40.9
Mean = 17.3 ,SD= 7.2 ,Min= 6 ,Max= 24		
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยทั้งหมด(ปี)		
< 2	39	35.5
2 - < 4	29	26.4
4 - < 6	21	19.1
6 ขึ้นไป	21	19.0
Mean = 3.9 ,SD= 3.1 ,Min= 6เดือน ,Max=15ปี		

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษาศัลยกรรมโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปัจจุบันอาศัยกับผู้ป่วย		
ใช่	86	78.2
ไม่ใช่	24	21.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	72	65.5
มี	38	34.5

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแล จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.5 มีสถานภาพสมรสคู่ 49.2 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-20,001 บาท (ร้อยละ 46.4) ส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้ พอใช้ ร้อยละ 86.3 ภูมิลำเนาของผู้ดูแลอยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 52.7 และมีที่อยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 83.6 ส่วนใหญ่ผู้ดูแล ไม่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต ร้อยละ 79.1 พบว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 48.2 เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย น้อยกว่า 12 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2) ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย น้อยกว่า 2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย ร้อยละ 78.2 โรคประจำตัวที่พบของผู้ดูแล พบว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.4 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการ
รักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

(N=110)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แบบทดสอบสภาพสมองของไทย		
severe dementia (<11 คะแนน)	25	31.3
moderate dementia (11-18 คะแนน)	32	40.0
mild dementia(>18คะแนน)	23	28.7
แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		
มีภาระการดูแลน้อย (0-7 คะแนน)	66	60.0
มีภาระการดูแลปานกลาง (8-34 คะแนน)	38	34.6
มีภาระการดูแลมาก (35-63 คะแนน)	6	5.4
Mean = 15.75, S.D.= 7.614 (Min 0, Max 63)		
แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (Total dependence)	3	4.1
ภาระพึ่งพารุนแรง (Severs dependence)	10	13.5
ภาระพึ่งพานกลาง (Moderately dependence)	9	12.2
ภาระพึ่งพาน้อย หรือ ไม่เป็นภาระพึ่งพา (Milde dependence and independence)	52	70.3
Mean = 15.77, S.D. = 4.951 (Min 0, Max 21)		

จากตารางที่ 4 จากกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีภาระการดูแลอยู่ในระดับ
น้อย ร้อยละ 60.0 ภาระการดูแลระดับกลาง 34.6 และ ภาระการดูแลระดับมาก ร้อยละ 5.4 พบว่า
ส่วนใหญ่คะแนน TMSE ของกลุ่มตัวอย่าง มีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมปานกลาง ร้อยละ
40.0 รองลงมา ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมรุนแรง ร้อยละ 31.3 และความรุนแรงของภาวะ

สมองเสื่อมน้อย ร้อยละ 28.8 และส่วนใหญ่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะ
พึงพาเล็กน้อย หรือ ไม่เป็นภาวะพึ่งพาร้อยละ 70.3



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการ
รักษาคลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ต่อ)

(N=110)	จำนวน (ราย)	
ร้อยละ		
แบบประเมินเพื่อวัดค่าความก้าวร้าว Rating scale for Aggressive Behaviour in the Elderly(RAGE)		
ไม่แสดงอาการก้าวร้าว (0-5 คะแนน)	70	
63.6		
แสดงอาการก้าวร้าวเล็กน้อย (6-10 คะแนน)	30	
27.4		
แสดงอาการก้าวร้าวปานกลาง (11-15คะแนน)	4	3.6
แสดงอาการก้าวร้าวมาก (16-20คะแนน)	2	1.8
แสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง (เท่ากับ21)	4	3.6
Mean = 5.25, S.D. = 6.481 (Min 0, Max 21)		

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการก้าวร้าว ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ แสดงอาการก้าวร้าวเล็กน้อย ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 27.4 แสดงอาการก้าวร้าวปานกลาง ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 3.6 และแสดงอาการก้าวร้าวมาก ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.8 และแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 3.6

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Chi - square ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi- square

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีภาระการดูแลน้อย	48	68.6	18	45		
มีภาระการดูแลปานกลาง	18	25.7	20	50		
มีภาระการดูแลมาก	4	5.7	2	5		

*p<0.05

จากตารางที่ 5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ Chi- square พบว่า

ปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Chi - square ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi- square

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เพศ					
ชาย	23	32.9	9	22.5		
หญิง	47	67.1	31	77.5		
อายุ					3.810	0.439
< 70	20	28.6	12	30.0		
70 – 74	12	17.1	5	12.5		
75 – 79	12	17.1	10	10.3		
80 – 85	26	37.1	13	32.5		
อาชีพ					0.012	1.000
ไม่มีอาชีพ	43	61.4	25	62.5		
มีอาชีพ	27	38.6	15	37.5		
สถานภาพสมรส					10.960	0.015*
โสด	26	37.1	26	65.0		
คู่	44	62.9	14	35.0		

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square

(ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	การศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	52	74.3	33	82.5		
สูงกว่าปริญญาตรี	18	25.7	7	17.5		
รายได้(บาท)					4.752	0.045*
ต่ำกว่า 5,000	34	48.6	28	70.0		
สูงกว่า 5,000	36	51.4	12	30.0		
ความเพียงพอรายได้					-	0.254 ^a
พอใช้	61	87.1	34	85.0		
ไม่พอใช้	9	12.9	6	15.0		
แหล่งที่มาของรายได้					6.406	0.269
รายได้ส่วนตัว	39	55.7	19	47.5		
รายได้จากผู้อื่น	31	44.2	21	52.5		

a = fisher exact test

*P<0.05

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi- square (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ภูมิลำเนาเดิม					
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	34	48.6	12	30.0		
ต่างจังหวัด (ระบุ)	36	51.4	28	70.0		
ที่อยู่ปัจจุบัน					1.202	0.302
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	60	85.7	31	77.5		
ต่างจังหวัด (ระบุ)	10	14.3	9	22.5		
บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตเวช					1.505	0.265
มี	8	11.4	8	20.0		
ไม่มี	62	88.6	32	80.0		
ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน					3.753	0.053
บ้านผู้ป่วยเอง	50	76.9	23	59.0		
ไม่ใช่บ้านผู้ป่วย	15	23.1	16	41.0		

จากตารางที่ 6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ Chi- square พบว่า

เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ภูมิลำเนาเดิม ที่อยู่
ปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตเวช ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมอง
เสื่อม ได้แก่ สถานภาพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับข้อมูลทั่วไป ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ t-test

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป (N=110)	ไม่แสดงอาการ		แสดงอาการ		t	p value
	ก้าวร้าว (N=70)		ก้าวร้าว (N=40)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
จำนวนบุตร	4.18	4.171	5.51	6.933	-0.860	0.392
จำนวนผู้ดูแล	2.71	0.950	2.63	1.102	0.447	0.358

จากตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับข้อมูลทั่วไป ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

จำนวนบุตร และ จำนวนผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลความเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square

ปัจจัยข้อมูลความเจ็บป่วย (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ชนิดของโรคสมองเสื่อม					
Alzheimer disease	20	28.6	16	40.0		
Vascular dementia	23	32.9	14	35.0		
AD with CVD	27	38.6	10	25.0		
ค่าคะแนน TMSE					3.581	0.167
Severe dementia	13	28.3	12	35.3		
Moderate	16	34.8	16	47.1		
Mild	17	37.0	6	17.6		
โรคประจำตัว					8.688	0.269
มี	43	61.4	22	55.0		
ไม่มี	27	38.6	18	45.0		
ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม					4.049	0.051
< 2 ปี	25	35.7	7	17.5		
≥ 2 ปี	45	64.3	33	82.5		

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลความเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi- square (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลความเจ็บป่วย (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	การบาดเจ็บทางศีรษะหรือโดนกระแทกอย่างรุนแรง					
เคย	21	30.0	7	17.5		
ไม่เคย	49	70.0	33	82.5		
มีบุคคลในครอบครัวเคยเป็นโรคสมองเสื่อม					4.201	0.064
มี	16	22.9	3	7.5		
ไม่มี	54	77.1	37	92.5		
ยาที่ได้รับการรักษา						
CHOLINESTERASE INHIBITORS					0.261	0.878
.ใช้	56	81.5	31	77.5		
ไม่ใช้	13	18.5	9	22.5		
COGNITIVE ENHANCER					1.060	0.303
ใช้	44	62.9	29	72.5		
ไม่ใช้	26	37.1	11	27.5		
ยาด้านโรคจิต					10.231	0.031*
.ใช้	38	54.2	18	45.0		
ไม่ใช้	32	45.7	22	55.0		

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลความเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi- square (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลความเจ็บป่วย (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ยาต้านเศร้า					
ใช่	43	61.4	18	45.0		
ไม่ใช่	27	38.6	22	55.0		
ยากันชัก					6.178	0.103
ใช่	25	35.7	12	17.5		
ไม่ใช่	45	64.3	28	70.0		
ยานอนหลับ					5.535	0.240
ใช่	51	72.8	27	67.5		
ไม่ใช่	19	27.2	13	32.5		
วิตามิน					3.189	0.363
ใช่	58	82.8	34	85.0		
ไม่ใช่	12	17.1	6	15.0		

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับข้อมูลความเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้Chi- square พบว่า

ชนิดของโรคสมองเสื่อม ค่าคะแนน TMSE โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม การบาดเจ็บทางศีรษะหรือโดนกระแทกอย่างรุนแรง มีบุคคลในครอบครัวเคยเป็นโรคสมองเสื่อม ยา Cholinesterase Inhibitors และ cognitive enhancers ยาต้านเศร้า ยาแก้ซึมเศร้า ยานอนหลับ วิตามิน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

พบว่า ยาต้านโรคจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	ไม่แสดงอาการ		แสดงอาการ		χ^2	p value
	ก้าวร้าว		ก้าวร้าว			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
(N=110)	(N=70)		(N=40)			
เพศ						
ชาย	8	11.4	6	15.0	0.292	0.767
หญิง	62	88.6	34	85.0		
อายุ						
≤ 40	15	21.4	10	25.0	4.906	0.303
41 – 50	24	34.3	15	37.5		
51 – 60	18	25.7	8	20.0		
61 ปีขึ้นไป	13	18.6	7	17.5		
อาชีพ						
มีอาชีพ	20	28.6	5	12.5	3.744	0.053
ไม่มีอาชีพ	50	71.4	35	87.5		
สถานภาพ						
โสด	36	51.5	20	50.0	1.329	0.933
คู่	34	48.6	20	50.0		

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (N=110)	ไม่แสดงอาการ		แสดงอาการ		χ^2	p value
	ก้าวร้าว (N=70)		ก้าวร้าว (N=40)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
<ประถมศึกษา	17	24.3	6	15.0	1.456	0.859
มัธยม ปวช ปวส	17	24.3	12	30.0		
ปริญญาตรี	26	37.1	16	40.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	8	11.4	5	12.5		
รายได้โดยเฉลี่ย						
≤ 5,000	18	25.7	10	25.0	1.272	0.866
5,001 - 20,000	30	42.9	21	52.5		
20,001 ขึ้นไป	22	31.4	9	22.5		
ความเพียงพอของรายได้						
พอใช้	61	87.1	34	85	1.287	0.725
ไม่พอใช้	9	12.9	6	15		

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi-square (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล	ไม่แสดงอาการ		แสดงอาการ		χ^2	p value
	ก้าวร้าว		ก้าวร้าว			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
(N=110)	(N=70)		(N=40)			
ภูมิลำเนาเดิม						
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	38	54.3	14	35.0	3.798	0.074
ต่างจังหวัด (โพรตระบุ)	32	45.7	26	5.0		
ที่อยู่ปัจจุบัน						
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	61	87.1	31	77.5	1.729	0.283
ต่างจังหวัด (โพรตระบุ)	9	12.9	9	22.5		
บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต						
มี	15	21.4	55	78.6	0.031	1.000
ไม่มี	55	78.6	32	80.0		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	9	12.9	8	20.0	6.538	0.264
ลูกชาย/ลูกสาว	38	54.2	15	37.5		
ลูกจ้าง	23	32.8	17	42.5		
เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย						
< 12 ชม.	31	44.3	16	40.0	0.191	0.693
≥ 12 ชม.	39	55.7	24	60.0		

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว กับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Chi- square (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลผู้ดูแล (N=110)	ไม่แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=70)		แสดงอาการ ก้าวร้าว (N=40)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย					
< 2 ปี	25	35.7	14	35.0		
≥ 2 ปี	45	64.3	26	65.0		
เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อน					3.753	0.076
<10 ชม.	50	76.9	23	59.0		
≥10 ชม.	15	23.1	16	41.0		
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ป่วย					3.200	0.094
ใช่	51	72.9	35	87.5		
ไม่ใช่	19	27.1	5	12.5		
โรคประจำตัว					0.243	0.679
ไม่มี	47	67.1	25	62.5		
มี	23	32.9	15	37.5		

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi- square พบว่า

เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส โสัด หม้าย หย่า หรือแยก ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ โดยเฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ ภูมิสำเนาเดิม ที่อยู่ปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เวลาส่วนตัวที่ใช้ในการพักผ่อน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ สถิติสมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason Product Moment Correlation Coefficienc)

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป (N=110)	พฤติกรรมก้าวร้าว	
	r	p-value
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	- 0.125	0.192
ความรู้สึกความเป็นภาระ	0.302**	0.001

** P<0.05

จากตารางที่ 10 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้สถิติสมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason Product Moment Correlation Coefficienc) พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

จากตารางที่ 10 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวกับความรู้สึกความเป็นภาระการดูแลโดยใช้สถิติสมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason Product Moment Correlation Coefficienc) พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 11 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Backward likelihood ratio

ปัจจัย	B	S.E(b)	Adjusted OR	95% CI	p value
สถานภาพสมรส (โสด หม้าย หย่า แยก)	1.145	0.414	3.143	1.40-7.07	0.006
ภาวะการดูแล ปานกลาง/มาก	1.073	0.893	2.924	1.713-5.11	0.048

* $p < 0.001$

จากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ในการวิเคราะห์ Chi – square อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ ยาต้านโรคจิต ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

จากตารางที่ 11 เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression analysis พบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ สถานภาพสมรส adjust odd ratio = 3.143 (95% CI = 1.40 - 7.07) ภาวะการดูแลปานกลาง adjust odd ratio = 2.924 (95% CI = 1.71-5.11)

จากการวิเคราะห์ พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า หรือแยก มีความเสี่ยงต่อความก้าวร้าว เป็น 3.143 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแบบคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่มีภาระการดูแลปานกลางและมาก มีความเสี่ยงต่อความก้าวร้าว เป็น 2.924 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาระการดูแลน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.9) มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่า 70 ปี (ร้อยละ 29.1) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.8) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.8) มีวุฒิการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 56.4) มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 61.8) ที่มาของรายได้มาจากเงินบำเหน็จ บำนาญ และบุตร/หลาน (ร้อยละ 34.5) มีบุตรมากกว่าเท่ากับ 5 คน (ร้อยละ 25.5) มีภูมิลำเนาเดิมมาจากต่างจังหวัด (ร้อยละ 58.2) ปัจจุบันในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 82.7) ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต (ร้อยละ 85.5) อาศัยอยู่บ้านของตนเอง (ร้อยละ 66.3) มีผู้ดูแล 1 คน (ร้อยละ 52.7)

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 110 ราย เป็นโรค Vascular dementia (ร้อยละ 33.6) คะแนน TMSE เฉลี่ย 17.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.16) มีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.4) ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อมที่พบ 2-4 ปี (ร้อยละ 32.7) ไม่เคยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ หรือโดนกระแทกอย่างรุนแรง (ร้อยละ 74.5) ไม่พบประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 81.)

1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 110 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.7) มีอายุเฉลี่ย ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 49.2) มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 38.2) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-20,001 บาท (ร้อยละ 46.4) ความเพียงพอของรายได้ พอใช้(ร้อยละ 86.3) ภูมิลำเนาของผู้ดูแลอยู่ต่างจังหวัด(ร้อยละ 52.7) และมีที่อยู่ในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 83.6) ไม่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต(ร้อยละ 79.1) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นบุตร หลาน(ร้อยละ 48.2) เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย น้อยกว่า 12 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.2)ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย น้อยกว่า 2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย(ร้อยละ 78.2) ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ50.0)

2 ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมและพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแล 110 ราย ส่วนใหญ่ มีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย(ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือ ภาระการดูแลระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.5)ภาระการดูแลระดับมาก (ร้อยละ 5.45)

ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมปานกลาง(ร้อยละ 40.0)รองลงมา คือ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมาก(ร้อยละ 31.3) และความรุนแรงของภาวะสมองเสือน้อย (ร้อยละ 28.8)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่เป็นภาระพึ่งพา ร้อยละ (70.3)

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ไม่แสดงอาการก้าวร้าว ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ แสดงอาการก้าวร้าวเล็กน้อย ร้อยละ 27.4 แสดงอาการก้าวร้าวปานกลาง ร้อยละ 3.6 และแสดงอาการก้าวร้าวมาก ร้อยละ 1.8 และแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 3.6

3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับข้อมูลทั่วไป

เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ความเพียงพอรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ภูมิลำเนาเดิม ที่อยู่ปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตเวช ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แล้วพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ ยาต้านโรคจิต ภาวะการดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล

ไม่พบว่ามีปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ปัจจัยทำนายจากการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว 3.14 เท่า และเป็นภาวะการดูแลปานกลางและมาก มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าว 2.924 เท่า

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการการรักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ไม่แสดงอาการก้าวร้าว ร้อยละ 63.6 และแสดงอาการก้าวร้าว ร้อยละ 36.4 ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 41 ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น และทำให้ความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมากขึ้น⁽³⁰⁾

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแสดงอาการก้าวร้าว ร้อยละ 36.4 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Finkel⁽⁴²⁾ พบว่าร้อยละ 66 ของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงออกมาในลักษณะก้าวร้าว กระวนกระวาย มีอาการก้าวร้าวทางวาจา พบร้อยละ 28 เช่น ต่ำทอ ร้องเสียงกรีดหรือทำเสียงแปลกๆ และ ร้อยละ 38 ของภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด มีพฤติกรรมก้าวร้าว

รุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ช่มชู้ทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากลักษณะประชากรความชุกที่ต่างกัน จากการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างในสถานบริบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งมีระดับความรุนแรงของสภาวะสมองเสื่อมมากกว่าการศึกษานี้และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมาแล้ว โอกาสจะพบพฤติกรรมก้าวร้าวจึงน้อยกว่า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีสถานภาพคู่ นั้นมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นน่าจะมีการให้ความเข้าใจ ความใส่ใจ ความอดทน ต่อผู้ป่วย ได้มากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรส

จากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย น่าจะมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับเศรษฐฐานะไม่ดี จึงอาจจะมีปัญหาการจ้างผู้ดูแล หรือมีผู้ดูแลน้อย ผู้ดูแลมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาเรื่องชั่วโมงการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานเนื่องจากโรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง อาจทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด หงุดหงิด ความอดทนน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือเศรษฐฐานะที่ดีกว่ามีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร่วมน้อย

จากการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burns⁽⁵³⁾, Matsumoto และคณะ⁽⁴⁸⁾ Papastavrou และคณะ⁽⁴⁶⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม ที่แผนกจิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ปัจจัยของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการป่วย การได้รับยาทางจิตเวช และปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงไม่อาจจะนำไปขยายผลในการศึกษาอื่นที่มีลักษณะประชากรที่แตกต่างไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษา เพื่อสามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง และลดผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้
3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีแนวทางช่วยเหลือ สนับสนุนด้านกำลังใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้วยกัน เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือระบายความทุกข์ใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลต่างๆซึ่งกันและกัน
4. เป็นแนวทางในการจัดโครงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะที่เป็นการทดลอง หรือเป็นกรณีเฉพาะ เช่น ในการศึกษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมาก เพื่อดูปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสาเหตุที่มีผลกับพฤติกรรมก้าวร้าว และดูความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ว่ามีผลแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้หรือไม่



รายการอ้างอิง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูล เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก <http://www.agingthai.org/page/681>
2. จักรกฤษณ์ สุขยั้ง.สาระน่ารู้ ความชุกของโรคสมองเสื่อม.[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก <http://www.azthai.org/articles/a02.html>
3. ประเสริฐ บุญเกิด,บรรณาธิการ.แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม .สถาบันประสาทวิทยา กรมการ แพทย์,2546
4. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก <http://www.azthai.org/articles/a02.html>
5. มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุกนิชย์ ,บรรณาธิการ.จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี:กรุงเทพฯ ภาควิชาจิต เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.มหาวิทยาลัยมหิดล ,2548
6. Shaji Ks,George PK,Prince MJ,et at Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia.Indian J Psychiatry 2009;51:45-9.
7. อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ จากโรงพยาบาลรามาธิบดี [ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก<http://www.hiso.or.th>
8. Patel V,Hope RA(1992).A rating scale for aggressive Behavior in the Elderly-the RAGE.Psychological Medicine 22:211-21
9. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก <http://www.agingthai.org/page/695>
10. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, "ภาวะสมองเสื่อม"ในตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ สำหรับแพทย์)สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย มีนาคม,2548
11. สุนิสา แสงอนันต์.การใช้ตัวแบบจากการเล่านิทานเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน.กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร,2548
12. พงศธร เนตราคม.วิชัยยุทธจุลสาร. โรงพยาบาลวิชัยยุทธ [ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก <http://www.vichaiyut.co.th/thai/servicedetail.asp?catid=25&id=81>

13. พรรณี จันท์อินทร์.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม.
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2547.72 หน้า
14. พิชิต สุขสบาย และสายพิณ หัตถ์รัตน์ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมใน ประเทศไทย.ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
มหาวิทยาลัยมหิดล.[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่อินเทอร์เน็ตเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก
http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/research_rfm/poster_pichit.pdf
15. Jitapunkul,S., Kamolratanakul,P.,& Ebrahim,S..The meaning of activities of daily living in a Thai population :Development of a new index.Age-
Ageing,1994;23;97-101.
16. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(นิพนธ์ พ่วงวารินทร์,ประธานกลุ่ม)แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมอง ของไทย.สารศิริราช.2536;45(6):359-74
17. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่อินเทอร์เน็ตเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก
http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/RAGE_Aggressive.pdf rating scale for aggressive behaviour in the elderly
18. ชัญญูชิตาคุษฎี ทูลศิริ ปร.ด.,รัชนี สรรเสริญ Ph.D.,วรรณรัตน์ ลาวัจ พย.ม.,การพัฒนาแบบวัด ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง,การพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
19. Patel V&Hope R.A Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly(RAGE).Psychological Medicine .1992;22,211-22
20. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่อินเทอร์เน็ตเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554 จาก
http://www.psyclin.co.th/new_page_26.htm
21. Ballard,C.,Lowery,K.,Powell,I.,O'Brien,J.,&James,I..Impact of behavioural and psychological symptoms of dementia on caregivers.In S.Finkel&A.Burns(Eds.) International Psychogeriatrics:Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD):A Clinical and Research Update.New York:Springer (2000) 93-105

22. Ryden,M.Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community.Alzheimer Disease and Associated Disorders1988,2:324-355.
23. Patel,V .,Hope,R. Aggressive behavior in elderly people with dementia:A review.International journal of Geriatric Psychiatry;1993 8,457-472
24. Melding,P.,Richmond,D.,Baskett,J.,&Bonita,RCare for Older People in New Zealand.A report to the National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services.Wellington:New Zealand. 1996.
25. International Psychogeriatric Association, Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia(BPSD) Educational Pack.Cheshire,England:Gardenier-Caldwell Communications.1998
26. เตือนใจ ภัคดีพรหม,ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม.(วิทยานิพนธ์)กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2548.
27. วรณิภา บุญระยอง.กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม.เชียงใหม่:ภาควิชา กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2542.
28. สมภาพ เรื่องตระกูล,บรรณาธิการ.ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ.คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,2547
29. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูลเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2554 จาก<http://mstage1.thaihealth.or.th/healthcontent/article/23110>
30. Mark E.Kunik.A.Lynn Snow.Causes of Aggressive Behavior in Patients With Dementia.J Clin Psychiatry 2010;71(9):1145-1152.
31. Medical Link[ระบบออนไลน์] : เข้าสู่ข้อมูลเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2554 จาก <http://www.agingthai.org/blog/e-book/471>
32. กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางเวชปฏิบัติโรคสมองเสื่อม.พิมพ์ครั้งที่ 2.2551
33. ศิริพันธุ์ สาสัตย์,Bryar,R.M.,and Newens,A. J. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย : การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนา ใน ประเทศไทย.วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2543;1:15-24

34. Scholzel-Dorenbos CJ, Draskovic I, Vernooij-Dassen MJ, Olde Rikkert MG. Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009;23:171-177
35. Mega, M.S., Cummings, J.L., Fiorello, T., & Gornbein, J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46(1):130-135
36. Harold, I.K. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp.54)(7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
37. สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. โรคสมองเสื่อม. [ระบบออนไลน์]. 2554. จาก <http://www.pni.go.th/pnigoth/?p=1280> [10 มีนาคม 2554]
38. กัมมันต์ พันธุมจินดา. สมองเสื่อมโรคหรือวัย. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ. 2543
39. เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. วิธีการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2543.
40. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; มีนาคม 2551.; 1-12
41. Ames D, Chiu E, Lindsay J, Shulman KI. *Guide to the Psychiatry of Old Age*. Cambridge: Cambridge University Press ; 2010.
42. Finkel SI. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1997;8(suppl3):215-6.
43. Finkel SI, Burns A. Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): a clinical and research update. *Int Psychogeriatr* 2000;12(supp:9-1):9-12.
44. Udomratn P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *J Gerontol Geriatr Med* 2004; 5:30-5.

45. American Psychiatric Association.1994.Diagnostic and statistical manual of mental disorder(4th ed.). Washington,DC: American Psychiatric Association
46. Papastavrou E,Kalokerinou A,Papacostas S.S.,Tsangari H.& Sourtzi P.Caring for a relative with dementia : family caregiver burden.Journal of Advanced Nursing.2007; 58(5):446-457
47. Fernandez et al.:Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment.BMC Neurology 2010;10:87.
48. Mastsumoto N, Ikeda M,Fukuhara R,et al.Caregive burden associated with behavioral and psychological systptoms of dementia in elderly people in the local community. Dement Geriatr Cogn Disord 2007;23:219-24.
49. ชาตรี บานชื่น.การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา.ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด 2548;356:186-7.
50. Patel, V., & Hope, R. A rating scale for aggressive behaviour in the elderly – the RAGE. Psychological Medicine. (1992)22, 211-21.
51. Bernadette Lidiard, Implementing the Rating Scale for Aggressive Behaviours in the Elderly. A thesis submitted to the Victoria University of Wellington In partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts (Applied) in Nursing,2006
52. Andren S., Elmstahl S.The relationship between caregiver burden, caregivers'perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia.Journal of clinical nursing 2008;17:790-99
53. Burns A.Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver burden.International psychogeriatrics.2002;12(1):347-350.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
 คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 เรียน ท่านผู้ร่วมเข้าวิจัยทุกท่าน

แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือในการศึกษาความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสุขภาพโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา ของนิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอเรียนให้ท่าน ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1 เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มารับบริการการ รักษา คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรค สมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาระมาณ 96 คน ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางใน การหาทางรักษาและช่วยเหลือ และเพื่อหาแนวทางป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาหาก ท่านตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาวินิจฉัย จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

แบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยคำตอบและความเห็นของท่านทั้งหมดจะปิด เป็นความลับ ท่านไม่จำเป็นต้องระบุชื่อหรือรายละเอียดอื่นๆ ที่บ่งถึงตัวท่านในแบบสอบถามนี้ การ ตอบแบบสอบถามทุกข้อจะเป็นประโยชน์ต่อการสรุปและนำผลที่วิเคราะห์ได้ไปใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยสาเหตุใดๆก็ตาม ท่านสามารถเว้นการตอบได้โดย ไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านและการให้บริการของคลินิกกับท่านใดๆทั้งสิ้น

ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของการสรุปผลการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามโดยตรงได้ที่ นางสาวปิ่นชนานันท์ ตั้งอังคณันท์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือ โทร 0800865937 หากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร

0 2256 4555 ต่อ 14-15

ที่นี้

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ

นางสาวปิ่นชนานันท์ ตั้งอังคณันท์

ผู้ทำวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการการวิจัย
สำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**

เรื่อง ความสุขของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่คลินิกโรค
สมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน พ.ศ.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความ
เต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายังเข้าใจอีกด้วยว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้า
ร่วมในการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่
มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะเมื่อได้รับความ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรม กรรมการวิจัย หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า
จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะ
ร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูล และประวัติทางการแพทย์ของ
ข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หากเกิดเหตุการณ์ที่ข้าพเจ้าขอ
ยกเลิกการเข้าร่วม โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถ
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะ
ผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการทำรายงาน เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการ
วิจัยเพื่อการพัฒนาทางด้านการศึกษาในอนาคต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามใน
ยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้วิจัย

(นางสาวปิ่นชนานันท์ ตังอังคะนันท์)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการการวิจัย
สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม**

เรื่อง ความสุขของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่คลินิกโรค
สมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน พ.ศ.

เนื่องจากที่ท่าน มีญาติเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้า
ร่วมโครงการวิจัยมาให้ท่านรับทราบและลงนามยินยอม มีข้อความดังนี้

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความ
เต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายังเข้าใจอีกด้วยว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้า
ร่วมในการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่
มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะเมื่อ
ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรม กรรมการวิจัย หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของ
ข้าพเจ้า จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้นโดยการ
ตกลงที่จะร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูล และประวัติทาง
การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หากเกิดเหตุการณ์ที่ข้าพเจ้าขอยกเลิก
การเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้ ข้าพเจ้า
เข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถ
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ
ข้าพเจ้าตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ

วิเคราะห์ และการทำงาน เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อการพัฒนาทางด้านการแพทย์ในอนาคตต่อไป

หากพบว่ามีคะแนนก้าวร้าวสูง ท่านต้องการทราบผลหรือให้แจ้งผู้รักษา ทางผู้วิจัยจะแจ้งผลกลับ เฉพาะท่านที่แจ้งความจำนงไว้เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้วิจัย

(นางสาวปิ่นชนานันท์ ตังอังกะนันท์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการการวิจัย
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**

เรื่อง ความสุขของพฤติกรรมก้าวร้าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน พ.ศ.

เนื่องจากท่าน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยมาให้ท่านรับทราบและลงนามยินยอม มีข้อความดังนี้

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความ เต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายังเข้าใจอีกด้วยว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มี ผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะเมื่อ ได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัยคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรม กรรมการวิจัย หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของ ข้าพเจ้า จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการ ตกลงที่จะร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูล และประวัติทาง การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หากเกิดเหตุการณ์ที่ข้าพเจ้าขอยกเลิก การเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้ ข้าพเจ้า เข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถ ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน กระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ

วิเคราะห์ และการทำงาน เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อการพัฒนาทางด้านการแพทย์ในอนาคตต่อไป

หากพบว่ามีคะแนนก้าวร้าวสูง ท่านต้องการทราบผลหรือให้แจ้งผู้รักษา ทางผู้วิจัยจะแจ้งผลกลับ เฉพาะท่านที่แจ้งความจำนงไว้เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

ลงนามผู้วิจัย

(นางสาวปิ่นชนานันท์ ตังอังคะนันท์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายที่..... วันที่.....

แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปีเดือน
3. เชื้อชาติ 1 ไทย 2 อื่นๆ (ระบุ)
4. อาชีพ 1 ไม่มีอาชีพ 2 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3 ทำธุรกิจส่วนตัว 4 ทำงานบริษัทเอกชน
 6 รับจ้าง 7 เกษตรกรรม
 8 พ่อบ้าน/แม่บ้าน 8 อื่นๆ (ระบุ)
5. สถานภาพ
 1 โสด 2 คู่ (ทั้งจดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส)
 3 หม้าย 4 หย่าร้าง
 5 แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษาสูงสุด (ระบุ).....
7. รายได้ของท่านเฉลี่ย(บาท/เดือน)
8. ความเพียงพอรายได้
 1 พอใช้มีเงินเก็บ 2 พอใช้ไม่มีเงินเก็บ
 3 ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้ 4 ไม่พอใช้และเป็นหนี้
9. แหล่งที่มาของรายได้ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
 1 เงินบำเหน็จ บำนาญ 2 ค่าเช่าต่างๆ
 3 เงินสะสม 4 สามี/ภรรยา
 5 บุตร/หลาน 6 ญาติพี่น้อง
10. จำนวนบุตร.....คน

11. ภูมิลำเนาเดิม
- 1 กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 2 ต่างจังหวัด (ระบุ).....
12. ที่อยู่ปัจจุบัน
- 1 กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 2 ต่างจังหวัด (ระบุ).....
13. บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต
- 1 มี 2 ไม่มี
14. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ที่ไหน
- 1 บ้านของผู้ป่วยเอง 2 บ้านของบุตรหรือธิดา
- 3 บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ 4 อยู่สถานสงเคราะห์
- 5 อื่นๆ (ระบุ).....
15. จำนวนผู้ดูแล.....คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

- 1 วินิจฉัย.....ค่าคะแนน TMSE.....
- 2 โรคประจำตัว(โปรดระบุ).....
- 3 ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม.....ปี.....เดือน
- 4 ผู้ป่วยเคยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ หรือโดนกระแทกอย่างรุนแรงหรือไม่
- 1 เคย 2 ไม่เคย
- 5 มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่
- 1 มี (โปรดระบุ)..... 2 ไม่มี
- 3 ไม่ทราบ.....
- 6 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมชนิด
- 1 Alzheimer disease 2 Vascular dementia
- 3 AD with CVD 4 อื่นๆโปรดระบุ.....
- 7 ยาที่ได้รับการรักษา
- Cholinesterase Inhibitors
- 1 Donepezil (Aricept) 2 Galantamine(Reminyl) 3 Rivastigmine (Exelon)

- Cognitive Enhancer
 - 1 Memantine (Ebixa) 2 Sermion (Nicergoline)

- ยาด้านโรคจิต
 - 1 Haloperidal) 2 Risperidone 3 Ziprasidone (Zeldox)
 - 3 Quetiapine (Seroquel) 4 Aripiprazole (Abilify) 5 Olanzapine(Zyprexa)
 - 6 Paliperidone (Invega) 7 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

- ยาด้านเศร้า
 - 1 Fluoxetine (Prozac ,Fulox) 2 Sertraline (Zoloft,Serlift)
 - 3 Escitalopram (Lexapro) 4 Venlafaxine (Effexor XR)
 - 5 Trazodone (Desirel) 6 Amineptine (Stablon)
 - 7 Desvenlafaxine(Pristiq) 8 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

- ยากันชัก
 - 1 Valproic acid (Depakine) 2 Lamotrigine (Lamictal)
 - 3 Carbamazepine (Tegretal) 4 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

- ยานอนหลับ
 - 1 Alprazolam (Xanax , Anpress) 2 Clonazepam (Rivotril , Prenapril)
 - 3 Lorazepam (Ativan , Lorazep) 4 Stilnox
 - 5 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

- วิตามิน
 - 1 Vitamin E
 - 2 Vitamin B complex
 - 3 Folic acid
 - 4 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

รายชื่อ..... วันที่.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจากวันเกิดครั้งล่าสุด)
3. อาชีพ 1 ไม่มีอาชีพ 2 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3 ทำธุรกิจส่วนตัว 4 ทำงานบริษัทเอกชน
 6 รับจ้าง 7 เกษตรกรรม
 8 พ่อบ้าน/แม่บ้าน 8 อื่นๆ (โปรดระบุ)

4. สถานภาพ
 1 โสด 2 คู่ (ทั้งจดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส)
 3 หม้าย 4 หย่าร้าง
 5 แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุด(โปรดระบุ).....
6. รายได้ของท่านเฉลี่ย(บาท/เดือน)
7. ความเพียงพอรายได้
 1 พอใช้มีเงินเก็บ 2 พอใช้ไม่มีเงินเก็บ
 3 ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้ 4 ไม่พอใช้และเป็นหนี้
8. ภูมิลำเนาเดิม
 1 กรุงเทพฯและปริมณฑล 2 ต่างจังหวัด (ระบุ).....
9. ที่อยู่ปัจจุบัน
 1 กรุงเทพฯและปริมณฑล 2 ต่างจังหวัด (โปรดระบุ).....
10. บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต
 1 มี 2 ไม่มี

11. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1 สามี 2 ภรรยา 3 ลูกชาย 4 ลูกสาว 5 ลูกจ้าง 6 อื่น

(ระบุ).....

12. เวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน

13. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา.....ปี.....เดือน

14. เวลาส่วนตัว ที่ใช้ในการพักผ่อนโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/สัปดาห์

15. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ อยู่กับใคร

(โปรดระบุ).....

16. นอกจากผู้ดูแลหลักแล้ว ผู้ป่วยมีผู้ดูแลทั้งหมดมี.....คน ตามลำดับดังนี้

1.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน

2.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน

3.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน

4.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน

รายที่.....วันที่.....

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย

THAI MANTAL STATE EXAMINATION (TMSE)

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)		
1	วันนี้ วันที่เท่าไร		
1	เดือนนี้ เดือนอะไร		
1	ขณะนี้ เป็นช่วง (ตอน)ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)		
1	ที่นี่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)		
1	คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร		

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
3	ผู้ทดสอบบอกชื่อ 3 อย่าง โดย พูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้ง เดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอก ให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกใน ครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละ คำตอบที่ตอบถูก *หมายเหตุ หลังจากให้คะแนน แล้วให้บอกซ้ำ จนผู้ถูกทดสอบ จำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ ถูกทดสอบทราบว่สักรู้จะ		

	กลับมาถามใหม่		
--	---------------	--	--

3. ATTENTION (5 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	ให้บอกวันอาทิตย์- วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)		
1	ศุกร์		
1	พฤหัสบดี		
1	พุธ		
1	อังคาร		
1	จันทร์		

4. CALCULATION (3 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้ เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจากจบคำถาม)		
1	ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้ง เลข 93-7 ลองทำในการคำนวณครั้ง ต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้าย		
1	ตามลำดับ		
1	100-7		
1	-7		
	-7		

5. LANGUAGE (10 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)		
1	ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า“เราเรียก สิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)		
1	ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จง ฟังประโยคต่อไปให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลาน ไปซื้อขนมที่ตลาด”		
1	กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็น ผลไม้ แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)		

6. RECALL (3 คะแนน)

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
	สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อ สักครู่ มีอะไรบ้าง		

1	ต้นไม้		
1	รถยนต์		
1	มือ		

คะแนนรวม _____

ผู้ตรวจ _____



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายที่.....วันที่.....

แบบประเมินการประเมินเพื่อวัดค่าความก้าวร้าว**The Rating Scale For Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE)**กรุณาตอบคำถามเหล่านี้ด้วยการทำเครื่องหมายกากบาท **X** ยังตัวเลขที่กำหนด

ค่าประเมิน

0 = ไม่เคย,

1 = แสดงอาการครั้งเดียวในระยะ 3 วันที่ผ่านมา,

2 = แสดงอาการวันละครั้งในระยะ 3 วันที่ผ่านมา,

3 = แสดงอาการมากกว่า 1 ครั้งในแต่ละวันในระยะ 3 วันที่ผ่านมา

ผู้ป่วยได้กระทำดังต่อไปนี้ในใหม่ในระยะเวลา 3 วัน...

1. มีการโต้เถียงหรือเรียกร้อง	0	1	2	3
2. มีการตะโกน โวยวาย หรือกรีดร้อง	0	1	2	3
3. การใช้ภาษาที่ก้าวร้าว	0	1	2	3
4. ไม่เคารพต่อกฎระเบียบ เช่น ตั้งใจถ่ายปัสสาวะออกนอกกระโถน	0	1	2	3
5. ไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อต้านเมื่อให้การช่วยเหลือ	0	1	2	3
6. มักแสดงอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว หรือโกรธง่าย	0	1	2	3
7. แสดงอาการแตกตื่น ไม่พอใจหรือต่อว่าในทางเสื่อมเสีย	0	1	2	3
8. ไม่มีความอดทน หรือ โกรธ ถ้ามีอะไรไม่ถูกใจ	0	1	2	3
9. แสดงอาการข่มขู่ หรือพูดให้ผู้อื่นหวาดกลัว	0	1	2	3
10. ทำตัวเบียดเบียนผู้อื่น ด้วยการขโมยอาหารหรือสิ่งของของผู้อื่น	0	1	2	3
11. ผลักหรือกระชากผู้อื่น	0	1	2	3
12. ทำลายข้าวของหรือขว้างสิ่งของทิ้งด้วยความโมโห	0	1	2	3
13. โมโหหรือโกรธตนเอง	0	1	2	3
14. พยายามเตะผู้อื่น	0	1	2	3
15. พยายามทุบตีผู้อื่น	0	1	2	3
16. พยายามกัด ข่วน หยิก จิก หรือฉมน้ำลายใส่ผู้อื่น	0	1	2	3
17. พยายามใช้อุปกรณ์ทำร้ายผู้อื่น เช่น ฝ่าخنหนูหรือไม้เท้า	0	1	2	3

ในระยะเวลา 3 วันที่ผ่านมาผู้ป่วยทำให้มีอาการบาดเจ็บ

18. ต่ตนเอง	0	1	2	3
-------------	---	---	---	---

0 = ไม่, 1 = เล็กน้อย เช่น รอยขีด
ข่วน,
2 = ปานกลาง เช่น ลอยซ้ำ, 3 = หนัก เช่น การหักของกระดูก

ในระยะเวลา 3 วันที่ผ่านมาผู้ป่วยทำให้มีอาการบาดเจ็บ

19. ต่อผู้อื่น	0	1	2	3
----------------	---	---	---	---

0 = ไม่มี 1 = เล็กน้อย เช่น รอยขีด
ข่วน
2 = ปานกลาง เช่น แผลถลอก 3 = รุนแรง เช่น กระดูกหัก

20. ในระยะเวลา 3 วันที่ผ่านมาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อให้สงบ หรือต้องแยกห้องหรือผูกมัดไว้เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่	0	1
---	---	---

0 = ไม่, 1 = ใช่

21. ในภาพรวมแล้วท่านคิดว่าใน 3 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่	0	1	2	3
--	---	---	---	---

0 = ไม่มี 1 = เล็กน้อย
2 = ปานกลาง 3 = รุนแรง

คะแนนรวม _____

หมายเหตุ หากพบว่ามีความก้าวร้าวสูง

ท่านต้องการให้แจ้งผล 1 ต้องการ 2 ไม่ต้องการ

ท่านต้องการให้แจ้งผู้รักษา 1 ต้องการ 2 ไม่ต้องการ

วันที่.....วันที่.....

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI)

กิจกรรม
<p>1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนช่วย, 1 = ตักอาหารเองได้ต้องมีคนช่วย, 2 = ปกติ</p>
<p>2. Grooming (ล้างหน้า,หวีผม,แปรงฟัน,โกนหนวด) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ, 1= ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้</p>
<p>3. Transfer(ลุกนั่งจากที่นอน,จากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 =ไม่สามารถทำได้, 1 =ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก, 2 =ต้องการความช่วยเหลือบ้าง, 3 =ทำเองได้</p>
<p>4. Toilet use (การใช้ห้องสุขา) 0= ช่วยตัวเองไม่ได้ ,1= ทำเองได้บ้าง, 2= ช่วยตัวเองได้ดี</p>
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในที่หรือภายในบ้าน) 0= เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้, 1= ต้องใช้รถเข็น(ไม่ต้องมีคนเข็นให้), 2= เดินโดยมีคนพยุง, 3= เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>
<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0= ทำเองไม่ได้เลย,น้อย, 1= ช่วยตัวเองได้50%ที่เหลือต้องมีคนช่วย, 2= ช่วยตัวเองได้ดี(ติดกระดุม รูดซิป)</p>
<p>7. Stair(การขึ้นลงบันได้1 ชั้น) 0= ไม่สามารถทำได้, 1= ต้องการคนช่วย, 2= ขึ้นลงได้เอง</p>
<p>8. Bathing (การอาบน้ำ) 0= ต้องมีคนช่วย,ทำให้, 1= อาบน้ำได้เอง</p>
<p>9. Bowel (การกลั่นอุจจาระในระยะ1สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0= กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ, 1= กลั่นไม่ได้,ท้องผูกเป็นบางครั้ง, 2= การขับถ่ายปกติ</p>

10. Bladder(การกลั้นปัสสาวะในระยะ1สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0= กลั้นไม่ได้หรือคาสายสวน, 1=กลั้นไม่ได้บางครั้ง(เป็นน้อยกว่า1ครั้ง/วัน, 2= กลั้นได้เป็นปกติ

รวม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อสกุล นางสาวปิ่นชนานันท์ นามสกุล ตังอังคะนันท์
 วัน เดือน ปีเกิด 20 กรกฎาคม พ.ศ.2525 จังหวัดเพชรบูรณ์ ปัจจุบัน
 อายุ 31 ปี
 พ.ศ.2547 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
 พ.ศ.2547 เข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเกษม
 ราษฎร์ บางแค
 พ.ศ.2549 เข้าทำงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกรุงเทพ
 พัทยา
 พ.ศ. 2550 เข้าทำงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
 พ.ศ. 2551 เข้ารับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม
 โรงพยาบาลกลาง
 ปัจจุบัน กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทย
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY