

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2557  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CARE NEEDS IN OLDER PERSONS WITH EARLY, MODERATE  
AND LATE STAGE DEMENTIA

Mrs. Apinya Boonpeng



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม  
ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

โดย

นางอภิญา บุญเพ็ง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

# # 5477202036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DEMENTIA / OLDERPERSON

APINYA BOONPENG: CARE NEEDS IN OLDER PERSONS WITH EARLY, MODERATE AND LATE STAGE DEMENTIA. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 102 pp.

This descriptive research aim to study care needs in older person with early, moderate and late stage dementia. The conceptual framework of this research based on concept care need in dementia of McWalter (1994). The participants consisted of 160 people with dementia from OPD department of 4 hospitals that diagnosis with dementia. The research screening instruments were Mini Mental Status Exam (MMSE-T 2002), Clinical Dementia Rating Scale (CDR) and Care Needs Assessment In Dementia. Validated by 5 experts, yielding CVI .87 and  $\alpha$  reliability .97. The data analysis were descriptive statistics and one - way repeated ANOVA

The results suggested that

1. elderpersons with dementia were 160 cases by sex. Female 108 cases (68%) male, 52 (32%), mean age 72.5 years, between 71-80 years and 81-90 years (74%), approximately 25% of the underlying 3 disease, diabetes, hypertension and hyper lipidemia.
2. 65 persons (40.6%) were in early stage, 52 persons (32.5%) were in moderate stage and 43 persons (26.9%) were in late stage.
3. care needs as a whole, with the care needs of the community living, cognitive memory, social interaction and in care homes, on the other side there are 3 more care needs are moderate.
4. The comparison between elderly care needs, and 3 appear to have an average term care needs care home of patients with early-stage group than the late stage group  $p < .05$



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญ

หน้า

|  |    |
|--|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย .....                                  | ง  |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                                | จ  |
| กิตติกรรมประกาศ.....                                   | ฉ  |
| สารบัญ .....   | ช  |
| สารบัญตาราง.....                                       | ณ  |
| บทที่ 1 บทนำ.....                                      | 1  |
| ความสำคัญของปัญหา.....                                 | 1  |
| คำถามของการวิจัย .....                                 | 3  |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....                          | 4  |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....                      | 4  |
| สมมติฐานการวิจัย .....                                 | 6  |
| ขอบเขตการวิจัย.....                                    | 6  |
| บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....               | 9  |
| 1. สมongเสื่อม .....                                   | 10 |
| 2. ความต้องการ .....                                   | 16 |
| 3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมongเสื่อม..... | 22 |
| 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                          | 24 |
| 5. กรอบแนวคิด .....                                    | 30 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....                    | 31 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....                           | 31 |
| เกณฑ์การคัดออก.....                                    | 31 |
| การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....                        | 32 |

|   |     |
|---|-----|
| การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .....  | 32  |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....   | 33  |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....  | 37  |
| ข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....   | 40  |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....   | 40  |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....  | 41  |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....   | 42  |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....   | 56  |
| สรุปผลการวิจัย .....  | 56  |
| การอภิปรายผล.....   | 61  |
| ข้อเสนอแนะ .....  | 65  |
| รายการอ้างอิง.....  | 67  |
| ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....   | 77  |
| ภาคผนวก ข ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดง<br>ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย..... | 79  |
| ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....  | 84  |
| ภาคผนวก ง ค่าความเที่ยง .....   | 95  |
| ภาคผนวก จ จริยธรรม.....   | 97  |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....  | 102 |



## สารบัญตาราง

|  |    |
|--|----|
| ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สถานภาพ อาชีพรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม (n = 160) ..... | 43 |
| ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามระยะการเจ็บป่วยของภาวะสมองเสื่อม (n = 160) .....   | 45 |
| ตารางที่ 3 แสดงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกรายชื่อ รายด้านและโดยรวม .....   | 45 |
| ตารางที่ 4 แสดงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะแยกตามรายชื่อ.....   | 50 |
| ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะแยกตามรายด้าน .....   | 54 |
| ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยรายคู่ด้านความต้องการการดูแลบ้านของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะ.....   | 55 |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญของปัญหา

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในปีพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปีพ.ศ. 2583 และในปี พ.ศ. 2558 จะมีโครงสร้างประชากรเป็นประชากรสูงวัยหรือเรียกว่า สังคมสูงอายุ (Ageing society) นั่นเอง การสูงวัยของประชากรจะทำให้รูปแบบการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนไป ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะเพิ่มขึ้น โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึง Disability Adjusted Life Years (DALYs) ซึ่งเป็นการวัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost – YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Life with Disability – YLD) พบว่า กลุ่มโรคทางจิตประสาทและกลุ่มอวัยวะการรับรู้ (sense organ diseases) เป็นกลุ่มที่มี DALYs สูงเป็นอันดับ 1 และ 2 โดยสูงกว่าโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งการลดหรือสูญเสียบทบาททางเศรษฐกิจและสังคม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ทัน นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคกังวลและเครียด โรคจิต สมองเสื่อม ซึมเศร้า และการติดสารเสพติด (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2552)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ซ้ำ ๆ และถาวร โดยทั่วไปความจำมักจะเสื่อมเป็นอันดับแรก และการสูญเสียดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเสียความสามารถในการประกอบอาชีพการงาน การเข้าสังคม และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในที่สุด (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2545) พบมีผู้ป่วยสมองเสื่อม เกือบ 36 ล้านคนทั่วโลกและคาดว่าในปี ค.ศ.2050 จะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมถึง 115 ล้านคน (ADI, 2008) ในประเทศไทยพบร้อยละ 12.4 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (วิชัย เอกพลาการ, 2552) จะพบมากขึ้นเป็นสองเท่าทุก 5 ปี คือ ร้อยละ 1 เมื่ออายุ 60 ปี เป็นร้อยละ 2 เมื่ออายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 เมื่ออายุ 85 ปี (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) อัตราส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากร ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และเมื่ออาการมากขึ้นจะทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย

และผู้ดูแลเป็นไปได้อย่างยาก (Hubbard, 2002) ดังนั้นภาวะสมองเสื่อมจะกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อรอบด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากไม่มีการเตรียมพร้อมจากทั้งทางด้านประชาชน ระบบสาธารณสุข ระบบสวัสดิการสังคมและรัฐ (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2555)

ภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดปัญหากับตัวผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม เศรษฐกิจ และสังคม ปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อย เช่น มีการบกพร่องการรับรู้เข้าใจปัญหาหลาย ๆ อย่างพอที่จะรบกวนการทำงานกิจวัตรประจำวัน (Fadil et al., 2009) การช่วยเหลือตนเองได้ลดลง (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2534) ความอยากอาหารเปลี่ยนไป (Hsieh et al, 2010) การใช้ชีวิตประจำวัน บกพร่อง (Bandler, 2012) สื่อสารได้ยากขึ้นและมีทิศทางเป็นการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Bedalov & Patricia, 2000) ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลเป็นปัญหาด้านจิตใจหนึ่งในหลาย ๆ ปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Starkstein et al., 2007) ภาวะซึมเศร้า (Wanda, et al., 2004) เกิดความรู้สึกตกใจกลัวสูญเสียความทรงจำและความสามารถที่ตนเองเคยมีเคยทำได้ และมีส่วนที่ยังไม่เชื่อ คิดว่าเป็นอาการหลงลืมตามวัยเท่านั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิดและรำคาญตัวเองที่ไม่สามารถทำตามที่ต้องการได้ รู้สึกน้อยใจ เสียใจและไม่ต้องการเป็นภาระของใคร (นิตติยา น้อยสีภูมิ, 2553) มีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ก้าวร้าว การเฉยเมย การใช้ภาษาเปลี่ยนไป (Hsieh et al, 2010) พฤติกรรมวุ่นวายก็เป็นหนึ่งในหลาย ๆ พฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Cohen-Mansfield & Billig, 1986) การไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Schroetor, et al., 2011) ขาดสมาธิ ขาดการยับยั้งอารมณ์จนคนรอบข้างสังเกตได้และส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างโดยที่ตัวผู้ป่วยเองไม่รู้ตัว (Matsuzawa et al., 2009) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2545) สถานภาพทางสังคมเสียไป (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2534) ใช้เวลานอกบ้านน้อยลง (Bandler, 2012) บทบาทในสังคมลดน้อยลง (Cohen-Manseld et al., 2000) ปัญหาสมองเสื่อมยังพบว่า มีผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและมีระดับเข่าปัญหาต่ำ (พาวุฒิ เมฆวิชัย, 2556)

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลสูงขึ้น เนื่องจากมีปัญหาในด้านความจำ ด้านพฤติกรรมและการประกอบกิจวัตรประจำวัน และผู้ดูแลนั้นเป็นกุญแจที่สำคัญสำหรับการดูแลและรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) จากการศึกษาของ Betty et al. (2013) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแลที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองและอาจนำไปสู่การพลัดตกหกล้ม การต้องนอนโรงพยาบาลจากอาการของโรคร่วม รวมไปถึงการเสียชีวิต ฉะนั้น การค้นหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นและสำคัญ เพื่อช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นดังกล่าว McWalter et al. (1994 อ้างใน Meaney et al., 2005) กล่าวว่า ความต้องการการดูแล หมายถึง สถานะความ

ช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงที่มีความซับซ้อนที่บุคคลต้องขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และต่อมา McWalter et al. (1996) ได้ใช้แนวคิดความต้องการ (Concept of needs) ของ Bradshaw (1972) มาสร้างแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Care Needs Assessment Pack for Dementia หรือเรียกว่า CarenapD) แต่อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ไม่ได้เผยแพร่ให้ใช้กับสาธารณะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความต้องการการดูแลของ McWalter et al. (1994) มาสร้างแบบประเมินขึ้นเองในการวิจัยในครั้งนี้

ด้วยข้อมูลด้านความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่มาจากผู้เชี่ยวชาญ (Orrell et al., 2008) อย่างไรก็ตามเมื่อใดที่ทีมสุขภาพยังมีมุมมองในการวางแผนให้การพยาบาลตามอาการแสดงและจากการประเมินเพียงความทูลภาพแสดงว่าประสบความล้มเหลวในการตระหนักถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Walters et al, 2001) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางในการดูแลประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

### คำถามของการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร
2. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะต่างกันหรือไม่อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

McWalter (1994) ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลไว้ว่า เป็นความช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงที่มีความซับซ้อนที่บุคคลต้องขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และได้จำแนกความต้องการการดูแลออกเป็น 7 ด้าน คือ ความต้องการการดูแลด้าน สุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว การดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความคิดและความจำ พฤติกรรมและจิตใจ การดูแลบ้าน และการใช้ชีวิตในชุมชน

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในเชิงระบาดวิทยาของโรคในผู้สูงอายุ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความต้องการด้านสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป แต่มักไม่ค่อยได้รับความสนใจ (Carla et al., 2010) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและสังคมอย่างมาก

ภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มสงสัยว่าอาการลืมของตนเองเป็นแบบปกติหรือผิดปกติ สิ่งที่เราเรียนรู้ใหม่ ในระยะนี้ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้แต่อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ความคิดสร้างสรรค์เริ่มแยลง แต่ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงได้กับความผิดปกติของตน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2546) ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในด้านกิจกรรมที่สัมพันธ์กับความคิด ความจำ การตัดสินใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activity of Daily Living: IADL) (Chung, 2006) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จะเกิดความรู้สึกสับสนเมื่อรู้ว่าตนเองเสียความทรงจำมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานเสื่อมลง แต่ไม่แน่ใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร มีความกดดัน ความเครียดสูงเพราะมีความพยายามที่จะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้ เกิดความโกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่น ๆ กลัวการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและไม่สามารถยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ ไม่แน่ใจอนาคตเพราะอาการตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนระยะสุดท้ายไม่แน่นอน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2544) ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการการช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (Chung, 2006)

ในระยะกลาง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการอยู่อาศัย ได้แก่ หลงลืม ชุกชอน สิ่งของ ก้าวร้าวและเดินวนไปวนมา ทำให้เกิดปัญหาการอยู่อาศัย ได้แก่ เดินออกจากบ้าน วางของ ขวางทางเดิน ชอนของ รื้อค้น (ธนนต์ แสงสีดา, 2552) ผู้ป่วยสูญเสียความจำมากขึ้น เช่น ลืมเบอร์ โทรศัพท์ที่สำคัญ วิธีการแต่งตัว วัน เวลา สถานที่ ชื่อสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถนับ 1 ถึง 10 ได้สำเร็จ สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ออก เห็นภาพหลอน วิตกกังวล และมีอาการไม่อยู่นิ่ง (Reisberg et al., 1982; DeLeon & Reisberg, 1999) การดูแลตนเองเรื่อง สุขอนามัยส่วนบุคคลเริ่มบกพร่องจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2546) ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ และการเตรียมอาหารช่วยเหลือในด้านการช่วยจดจำสิ่งต่าง ๆ (Reisberg et al., 1982; DeLeon & Reisberg, 1999) บุคลิกภาพเปลี่ยน สูญเสียทักษะการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ค่อยออก และมีปัญหาด้านพฤติกรรม (Burgener & Twigg, 2002) อาจเกิดการทำร้ายตนเองโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น ไฟไหม้ และการเคลื่อนไหว (การหกล้ม) (Miranda-Castillo et al., 2010)

และในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่สามารถพูด หรือสื่อสารได้ จึงมีความต้องการการดูแลในด้าน กิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เช่น การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยตนเอง และ สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ (Reisberg et al., 1982; DeLeon & Reisberg, 1999) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องมีผู้ดูแลเกือบ 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ุ สา สัตย์, 2543; Wimo et al., 2002)

สรุป ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละระยะ ดังนี้ ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีปัญหาด้านความคิดความจำ การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ความต้องการการดูแลจึงสัมพันธ์กับ ความคิดความจำ การตัดสินใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูง (IADL) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ พอเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ป่วยเริ่มซึมเศร้าไม่ยอมออกจากบ้าน ไม่อยากพบเจอผู้คนและมีปัญหาด้านการพูด อาจพูดไม่เป็นประโยคหรือใช้คำพูดไม่ถูกต้อง ระยะนี้ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลในการจำกัดพฤติกรรมและการดูแลด้านจิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจนถึงนอนติดเตียง ระยะนี้ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลใน กิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด

จากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมอาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาวะของโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการในการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิต และสามารถปรับตัว เพื่อให้อยู่กับโรคและสังคมได้ โดยความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นบางส่วนได้รับการตอบสนองแล้ว เช่น ความต้องการการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล (Norton et al, 2010) แต่ ยังพบว่ามีความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการได้รับแต่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น ต้องการการ

ดูแลในด้านความคิดและความจำ ด้านพฤติกรรมผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรม ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อควบคุมอารมณ์ที่ไม่คงที่ของตน (Chung, 2006) ต้องการการดูแลในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (Meaney, 2005) การใช้ชีวิตในบ้าน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเตรียมและการรับประทานอาหาร (Miranda-Castillo et al, 2010)

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับสูง
2. ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะมีความต้องการการดูแลแตกต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 – เมษายน พ.ศ. 2557 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากร จำนวน 160 รายและเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Convenience sampling)

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปจำนวนตัวเลขแสดงถึงจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล ทั้งเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลส่วนนี้ได้มาจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**ภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการที่สมองเสียหายที่ เกิดความผิดปกติของความจำ การรับรู้และสติปัญญา ทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคมและมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ เช่น ก้าวร้าว เฉยเมย ไม่แสดงออกทางอารมณ์ วิดกกังวลและซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (The Clinical Dementia Rating scale: CDR) ของ Morris (1993) ในการจำแนกระยะการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม การแปลผล คือ สมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีคะแนน CDR เท่ากับ 0-1

สมองเสื่อมระยะกลาง มีคะแนน CDR เท่ากับ 2 และสมองเสื่อมระยะสุดท้าย มีคะแนน CDR เท่ากับ 3 ร่วมกับใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (MMSE-T2002) และการวินิจฉัยจากแพทย์แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น หมายถึง มีความบกพร่องของความจำ หลงลืมมากขึ้น ความจำที่เรียนรู้ใหม่หายไปอย่างรวดเร็วจนสามารถวินิจฉัยอย่างได้ เหลือแต่การเรียนรู้ที่เคยมีในอดีตสูญเสียการรับรู้ความสัมพันธ์ทางเวลามากขึ้น ขณะสัมภาษณ์รับรู้สถานที่ถูกต้องแต่อาจมีสับสนทางภูมิศาสตร์ในสถานที่อื่นการแก้ปัญหาที่คล้ายกันหรือแตกต่างกันเสียปานกลาง แต่การตัดสินใจทางสังคมยังดีอยู่ทำหน้าที่ในเรื่องต่าง ๆ เองได้ ผู้อื่นยังมองว่าปกติอยู่แต่เลิกทำกิจกรรมที่สนใจและงานอดิเรกที่ยุ่งยากและเลิกทำงานบ้านที่ซับซ้อน

2. ระยะกลาง หมายถึง มีความเสื่อมของสมองจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หลงลืมมากขึ้น ความจำที่เรียนรู้ใหม่หายไปอย่างรวดเร็ว เหลือแต่ความจำที่เคยมีในอดีตสูญเสียความจำในด้านการจดจำเวลา สถานที่การแก้ปัญหาที่คล้ายกันหรือต่างกันเสียอย่างมาก และการตัดสินใจทางสังคมเสียบ่อยครั้ง มีการพึ่งพาเมื่อออกนอกบ้าน แต่ยังพาไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้านได้ทำได้แต่งานบ้านง่าย ๆ สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลงมาก

3. ระยะสุดท้าย หมายถึง มีความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เช่น พาเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น เดินไม่ได้ หลงลืมอย่างมาก จำได้เป็นส่วน ๆ ไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องราวหลงลืมบุคคลไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอะไรได้เลยต้องพึ่งพาอย่างเมื่อพานอกไปนอกบ้านหรือแ่เกินกว่าจะพาออกไปนอกบ้านไม่สนใจจะทำอะไรเลย

**ความต้องการการดูแล** หมายถึง การช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงที่มีความซับซ้อนในภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนจากปกติที่บุคคลต้องการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย

1. ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว หมายถึง การดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย การขับถ่าย การดูแลเท้า การมองเห็น การได้ยิน การเดินในพื้นที่ราบหรือการเดินขึ้นลงบันได การป้องกันการหกล้มและการลุดนึ่ง

2. ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ หมายถึง การดูแลในเรื่องการซักล้าง การอาบน้ำ การดูแลสุขภาพฟัน การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การแสดงออกที่เหมาะสมตามกาลเทศะ การดูแลเมื่อปัสสาวะรดและการทำความสะอาดร่างกาย



3. ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การดูแลในเรื่องการจดจำบุคคลที่คุ้นเคย การบอกความต้องการของตนให้ผู้อื่นทราบ การร่วมกิจกรรมทางสังคมและการพูดแสดงความรู้สึกของตน
4. ความต้องการการดูแลด้านความคิดและความจำ หมายถึง การดูแลในด้านการตัดสินใจหรือวางแผน การดูแลเมื่อต้องพบคนแปลกหน้าและการจดจำกิจกรรมประจำวัน
5. ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมเดินไปมาไร้จุดหมาย การดูแลเกี่ยวกับคำพูดก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าว สับสนวุ่นวาย การดูแลเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์แปรปรวน อาการหมกมุ่น เห็นภาพหลอน การดูแลในเรื่องกิจกรรมทางเพศและการดูแลเกี่ยวกับการจดจำเส้นทาง
6. ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับการทำงานบ้าน การประกอบอาหาร การรักษาความปลอดภัยในบ้านและการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า
7. ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน หมายถึง การดูแลเรื่องการใช้ยา การรักษาและรับยา การจับจ่ายใช้สอยและการเดินทาง
8. ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมของ McWalter (1994)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ทราบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นระยะกลาง และระยะสุดท้าย
3. ทราบความแตกต่างของความต้องการการดูแลที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ
4. เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การวิจัยเพื่อจัดกระทำทางการพยาบาลต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 อาการและการตรวจพบ
  - 1.3 ระยะของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.4 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.5 การวินิจฉัยในทางเวชปฏิบัติ
  - 1.6 เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
  - 1.7 การตรวจเบื้องต้นสำหรับภาวะสมองเสื่อม
  - 1.8 การรักษา
2. ความต้องการการดูแล
  - 2.1 ความต้องการทั่วไป
  - 2.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ
  - 2.3 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
  - 2.4 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 2.5 การประเมินความต้องการการดูแล
3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิด

## 1. สมองเสื่อม

### 1.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความจำและสติปัญญา (intelligence) เสื่อมเป็นลักษณะสำคัญ นอกจากนี้จะมีความผิดปกติของพฤติกรรมและบุคลิกภาพร่วมด้วย สิ่งสำคัญในการวินิจฉัย คือผู้ป่วยต้องมีความรู้สึกตัว (consciousness) ปกติ สาเหตุมีมากมาย แต่ที่พบบ่อยที่สุดคือเซลล์ประสาททั่ว ๆ ไปในสมองเสื่อมลง (diffuse degeneration of neurons) (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน อาการดังกล่าวมักเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ แต่ถาวร โดยทั่วไปหน้าที่ของสมองที่เริ่มเสียก่อนเป็นอันดับแรกคือความจำ และการสูญเสียดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพการงาน การเข้าสังคม และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในที่สุด (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2545)

สมองเสื่อม หมายถึง สภาวะทางสมองที่สูญเสียความจำ เป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้าน Cognitive หรือ Intellectual function เสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงนี้ค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุ ทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อย ๆ โดยที่ผู้ป่วยเองไม่รู้ แต่ญาติและคนข้างเคียงสังเกตเห็นได้ การปฏิบัติงานในกิจวัตรประจำวัน ด้านอาชีพ ด้านสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) เสียไปในระยะต้น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (Basic personal care activities of daily living) เสียไปในระยะกลาง และในระยะสุดท้าย การตระหนักในตนเองและการเคลื่อนไหวพื้นฐาน เช่น การเดิน การยืน การนั่ง การทรงตัวเสียไปด้วย กลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (สตรีรัตน์ อ่อนสนิท, 2552)

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาความเจ็บป่วย ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม มีอาการทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือรบกวนผู้อื่นได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเชาว์ปัญญา (Cognitive function) ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ (Perceiving) ความจำ (Memory) จินตนาการ (Imagine) การคิด (Thinking) การใช้เหตุผล (Reasoning) และการตัดสินใจ (Judgment) มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ และไม่

สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

สรุป ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการที่สมองเสียหายที่ เกิดความผิดปกติของความจำ การรับรู้ และสติปัญญา ทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ เช่น ก้าวร้าว เฉยเมย ไม่แสดงออกทางอารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า

## 1.2 อาการและการตรวจพบ

กิตติ ลิ้มอภิชาติ (2543) อธิบายว่าในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ลืมชื่อสิ่งของหรือบุคคล อาการผิดปกติโดยเฉพาะหงุดหงิดง่าย กังวล เครียด หรือบางรายเฉื่อยชา ไม่สนใจ ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือความผิดปกติของระบบความรู้สึก ยังแต่งตัวได้ ไม่มีปัสสาวะราด ไม่มีอาการชัก (seizure) ร่วมด้วย ถ้ามีต้องหาสาเหตุจากโรคอื่น ๆ อาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเป็นปี ดังนั้นบางรายจึงไม่มีผู้ใดสังเกตเห็นความผิดปกติ หรือคิดว่าการลืมนั้นเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุที่เรียกว่า benign forgetfulness ผู้ป่วยในระยะนี้บางรายเมื่อไม่สบายด้วยโรคอื่น ๆ เพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ผ่าตัดเล็ก จึงจะสังเกตเห็นอาการผิดปกติได้ชัดเจนมากขึ้น

เมื่อภาวะของโรครมีความก้าวหน้ามากขึ้น ความผิดปกติจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการตรวจระบบประสาทหรือตรวจร่างกายมักจะไม่มีพบความผิดปกติเฉพาะ การวินิจฉัยโรคทำได้โดยการวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคที่สามารถให้การรักษาแก้ไขได้ออกไปก่อน เนื่องจากยังไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษใด ๆ ที่ให้การวินิจฉัยโรคนี้เฉพาะและแน่นอน การตรวจด้วย CT scan ได้ผลปกติหรือสมองเหี่ยวลีบเล็กน้อยก็ได้ โดยทั่วไปการตรวจชนิดนี้ทำเพื่อจุดประสงค์ในการวิเคราะห์แยกโรคอื่น ๆ ออกไปมากกว่าเพื่อการวินิจฉัย Alzheimer's disease

## 1.3 เกณฑ์การแบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีเกณฑ์การแบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อมหลายเกณฑ์ ดังนี้

### 1.3.1 เกณฑ์ของ Forstl et al. (1999) ได้แบ่งภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**1) สมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Early dementia)** ระยะนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องของความจำและการเรียนรู้จนสามารถวินิจฉัยอย่างแน่นอนได้ ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการบกพร่องทางการใช้ภาษา (agnosia) หรือความบกพร่องในการประกอบกิจกรรม (apraxia) เด่นกว่าการสูญเสียความทรงจำ ภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีผลกระทบต่อความจำทั้งหมดเท่า ๆ กัน แต่ความทรงจำระยะยาวที่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวของผู้ป่วย (episodic memory) ความรู้ทั่วไป

(semantic memory) และความจำโดยปริยาย (implicit memory) หมายถึง ความจำของร่างกายว่าทำสิ่งต่างๆ อย่างไร เช่น การใช้ช้อนส้อมรับประทานอาหาร ทั้งสามอย่างนี้จะได้รับผลกระทบน้อยกว่าความจำหรือความรู้ใหม่ ปัญหาทางภาษามีลักษณะเด่นคือการรวบรวมคำให้สั้นและพูดหรือใช้ศัพท์ที่ไม่ฉะฉานหรือคล่องเหมือนเดิม ซึ่งทำให้พูดหรือเขียนภาษาได้น้อยลง ในระยะนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมยังสามารถสื่อสารบอกความคิดพื้นฐานของตนได้ เมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยละเอียด เช่น การเขียน การวาดภาพ หรือการแต่งตัว อาจพบความบกพร่องของการประสานการเคลื่อนไหวและการวางแผน ทำให้ผู้ป่วยดูเงอะงะหรือซุ่มซ่าม เมื่อโรคดำเนินต่อไปผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะยังสามารถทำกิจกรรมหลายอย่างได้ด้วยตัวเองแต่อาจต้องพึ่งพาผู้ดูแลในกิจกรรมที่ต้องใช้กระบวนการคิดอย่างมาก

**2) สมองเสื่อมระยะปานกลาง (Moderate dementia)** ระยะนี้จะพบความเสื่อมของสมองจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีความบกพร่องด้านการพูดปรากฏชัดเจนเนื่องจากไม่สามารถนึกหาคำศัพท์ได้ ทำให้ใช้ศัพท์ผิดหรือใช้คำอื่นมาแทน (paraphasia) ทักษะการอ่านและการเขียนค่อยๆ เสื่อมไปเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไปการประสานงานเพื่อการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนจะลดลง ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้อย่างปกติในระยะนี้ปัญหาความของผู้ป่วยจะแย่ลงเรื่อย ๆ และผู้ป่วยไม่สามารถจำญาติสนิทของตนเองได้ ความทรงจำระยะยาวซึ่งแต่เดิมยังคงอยู่ก็จะค่อย ๆ บกพร่องไป และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อาการแสดงที่พบบ่อยคือการหนีออกจากบ้าน ความรู้สึกลึบผิดปกติ สับสนหรือเห็นภาพหลอนในเวลาโพล้เพล้หรือกลางคืน (sundowning) หงุดหงิดโมโหง่าย และอารมณ์แปรปรวน เช่น ร้องไห้ ก้าวร้าวอย่างไม่มีเหตุผล หรือไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอาจมีอาการเชื่อว่าบุคคล สิ่งของหรือสถานที่เปลี่ยนแปลงไป (เรียกว่ากลุ่มอาการ Delusional misidentification syndrome) และอาจมีอาการหลงผิดอื่น ๆ อาจมีอาการกลั่นปัสสาวะไม่ได้อาการดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลหรือญาติ ซึ่งต้องตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปยังสถานรับดูแลผู้ป่วยระยะยาวอื่น ๆ เพื่อลดความเครียด

**3) สมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Advanced dementia)** ผู้ป่วยจะมีความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ทักษะทางภาษาของผู้ป่วยลดลงแม้เพียงการพูดวลีง่าย ๆ หรือคำเดี่ยว ๆ จนกระทั่งไม่และตอบสนองกลับมามีการแสดงอารมณ์ ถึงแม้ผู้ป่วยจะยังมีลักษณะก้าวร้าว แต่ลักษณะของอาการเฉยเมยและอ่อนเพลียจะเห็นชัดกว่า ในที่สุดผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจกรรมใดได้ตามลำพัง มวลกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจนผู้ป่วยต้องนอนนิ่งอยู่เฉย ๆ และไม่สามารถทานอาหารด้วยตนเองได้ และสุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น แผลกดทับหรือโรคปอดบวม แต่ไม่ได้เสียชีวิตจากตัวโรคสมองเสื่อมโดยตรง

### 1.3.2 เกณฑ์ของ Reisberg et al. (1982)

ระดับความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อม อ้างอิงตาม Global Deterioration Scale (GDS) ปี ค.ศ.1982 (สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2555)

**ระดับที่ 1: No cognitive decline** ไม่มีปัญหาเรื่องความจำ

**ระดับที่ 2: Very mild cognitive decline (age associated memory impairment)** ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าคุณมีปัญหาด้านความจำ เช่น ลืมของ ลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นต้น แต่ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือการเข้าสังคม และจากการตรวจโดยแพทย์ ไม่พบความผิดปกติด้านความจำ

**ระดับที่ 3: Mild cognitive decline (mild cognitive impairment)**

ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติที่ชัดเจนมากขึ้น โดยพบอาการผิดปกติมากกว่า 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) หลงทาง เมื่อเดินทางไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย  
 2) ผู้ร่วมงานเริ่มสังเกตเห็นความบกพร่องของประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วย

- 3) นึกคำ หรือนึกชื่อไม่ออกจนกระทั่งคนใกล้ขีดสังเกตเห็น
- 4) อ่านหนังสือหรือข้อความแล้วไม่สามารถจำเรื่องราวได้
- 5) เริ่มจำชื่อบุคคลที่เพิ่งรู้จักไม่ได้
- 6) วางสิ่งของมีค่าผิดที่ หรือเกิดการสูญหาย
- 7) อาจตรวจพบความผิดปกติเกี่ยวกับสมาธิ (concentration)

ตรวจพบความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ ต่อเมื่อตรวจอย่างละเอียดเท่านั้น ประสิทธิภาพการทำงานและการเข้าสังคมลดลงผู้ป่วยเริ่มปฏิเสธความผิดปกติของตนมักพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้นเล็กน้อยถึงปานกลาง

**ระดับที่ 4: Moderate cognitive decline (mild dementia)** พบความ

ผิดปกติที่ชัดเจน ในหัวข้อต่อไปนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ในปัจจุบันหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดลดลง
- 2) อาจลืมประวัติของบุคคลที่รู้จัก
- 3) สูญเสียสมาธิในการทำการลบเลขต่อเนื่อง (serial subtraction)
- 4) ความสามารถในการเดินทางคนเดียว หรือการจัดการเกี่ยวกับการใช้เงินลดลงโดยมักจะไม่มีพบความผิดปกติในหัวข้อต่อไปนี้

4.1 การรู้เวลา และสถานที่

4.2 การจำหน้าคนคุ้นเคยได้

4.3 ความสามารถในการเดินทางไปในสถานที่ที่คุ้นเคย

ไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนมากได้ โดยผู้ป่วยมักปฏิเสธ ไม่แสดงอารมณ์ และพยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก

**ระดับที่ 5: Moderately severe cognitive decline (moderate dementia)** ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้หากไม่มีคนช่วยเหลือระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยไม่สามารถรำลึกในสิ่งที่สำคัญชีวิตประจำวันได้ เช่น

- 1) ที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์ที่ใช้เป็นประจำเป็นเวลาหลายปี
- 2) ชื่อของบุคคลใกล้ชิดของครอบครัว เช่นชื่อของหลาน
- 3) ชื่อของโรงเรียนหรือวิทยาลัยที่ผู้ป่วยศึกษาในอดีต

มีปัญหาการรู้เวลา หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาอาจมีปัญหาเมื่อให้การนับถอยหลังทีละ 4 จาก 40, หรือทีละ 2 จาก 20 ผู้ป่วยในระยะนี้ยังคงมีความรู้(knowledge) ในสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวเองและผู้อื่นยังรู้ชื่อของตนเอง และมักยังรู้ชื่อของคู่สมรสและลูกๆ อยู่สามารถเข้าห้องน้ำหรือกินอาหารได้เอง แต่อาจมีปัญหาในการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสม

**ระดับที่ 6: Severe cognitive decline (moderately severe dementia)** บางครั้งอาจลืมชื่อของคู่สมรส หรือบุตรหลานที่คอยดูแลใกล้ชิดมาตลอดไม่ทราบเหตุการณ์หรือประสบการณ์ของตนที่เพิ่งเกิด แต่ยังมีความรู้ในสิ่งรอบตัวบ้าง เช่น ปีกตุ เป็นต้นอาจมีความผิดปกติเมื่อให้นับถอยหลังจาก 10 ถึง 1 และบางครั้งนับ 1 ถึง 10 ไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินกิจวัตรประจำวันบ้าง เช่น

- 1) อาจมีปัญหาปัสสาวะ อุจจาระเล็ดราด
- 2) ไม่สามารถเดินทางคนเดียวได้ แต่ในบางครั้งอาจเดินทางไปในที่ที่

คุ้นเคยได้เองวงจรการตื่นและหลับมักผิดปกติมักยังจำชื่อของตนเองได้ ยังสามารถแยกบุคคลที่คุ้นเคยออกจากบุคคลที่ไม่คุ้นเคยได้มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีอาการหลากหลาย เช่น

**CHUL** 2.1 มีพฤติกรรมหลงผิด (delusional behavior) เช่น คิดว่าคู่สมรสหลอกหลวงตน, อาจพูดกับรูปที่จินตนาการเอง หรือพูดกับตนเองในกระจก

2.2 มีอาการย้ำคิดย้ำทำ เช่น ทำความสะอาดซ้ำ ๆ

2.3 มีความวิตกกังวล อยู่ไม่สุข มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่างจากเดิม

2.4 มี cognitive abulia เช่น ไม่อยากทำอะไร เนื่องจากไม่สามารถใช้ความคิดนานๆ จนทำกิจกรรมใดๆ ที่ตั้งใจได้

**ระดับที่ 7: Very severe cognitive decline (severe dementia)** มีปัญหาเรื่องการพูดสื่อสาร ช่วงแรกยังพูดคำหรือวลีได้ แต่พูดจาอ้อมค้อม ในช่วงหลังอาจไม่พูดเลยได้เพียงเปล่งเสียงที่ไม่มีความหมายมีปัญหาคลื่นปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ต้องช่วยเหลือในการขับถ่ายและการกินอาหารสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวพื้นฐาน เช่น การเดินมีความแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วทั้งตัว และมักตรวจพบมี primitive reflexes

### 1.3.3 เกณฑ์ของ Reisberg et al. (1982) และ DeLeon & Reisberg. (1999)

แบ่งระยะของสมองเสื่อมออกเป็น 7 ระยะตาม Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia (GDS) หรือเรียกว่า Reisberg scale

**ระยะ 1 No Dementia** ไม่มีการบกพร่องทางเชาว์ปัญญาการทำหน้าที่ปกติ ไม่มีการสูญเสียความทรงจำ สุขภาพจิตดี

**ระยะ 2 No Dementia** มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาน้อยมาก การหลงลืมสัมพันธ์กับอายุ

**ระยะ 3 No Dementia** มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาเล็กน้อยหลงลืมเพิ่มขึ้น ลืมบ่อยมากขึ้นความสามารถในการทำงานลดลงระยะเวลาอยู่ระหว่าง 7 ปีก่อนมีภาวะสมองเสื่อม

**ระยะ 4 Early Stage** มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาปานกลางลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีความลำบากในธุรกรรมการเงิน หรือการเดินทางลำพัง บางคนยังปฏิเสธอาการนี้ คิดว่าเป็นตามวัย บางคนเริ่มแยกจากครอบครัวหรือเพื่อน เพราะการใช้ชีวิตในสังคมเริ่มลำบากมากขึ้น แพทย์สามารถวินิจฉัยได้จากการสัมภาษณ์ หรือใช้แบบทดสอบ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ปี

**ระยะ 5 Mid-Stage** มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญาปานกลางถึงรุนแรงเริ่มสูญเสียความจำในเรื่องสำคัญ ๆ เช่น ลืมเบอร์โทรศัพท์สำคัญ ลืมวิธีแต่งตัว อาจไม่ทราบวัน เวลา และต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ เตรียมอาหาร ระยะนี้ใช้เวลา 1.5 ปี

**ระยะ 6 Mid-Stage** มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญารุนแรง (สมองเสื่อมระยะกลาง) ต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เริ่มลืมชื่อคนใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว แต่ยังจำเหตุการณ์ในปัจจุบันได้เล็กน้อย มีความยากลำบากในการนับ 1- 10 มีปัญหาเรื่องการควบคุมกล้ามเนื้อในการขับถ่าย มีความยากลำบากในการพูดมากขึ้น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น หลงผิด ทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ หรือ วิตกกังวล สับสนวุ่นวาย ระยะนี้ใช้เวลา 2.5 ปี

**ระยะ 7 Late-Stage** มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญารุนแรง (สมองเสื่อมระยะสุดท้าย) ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ ต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เช่น พาเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น เดินไม่ได้ ระยะนี้ใช้เวลา 2.5 ปี

### 1.3.4 เกณฑ์ของ Morris (1993)

แบ่งความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 5 ระดับ แบ่งประเมิน 5 ด้าน ประกอบไปด้วยด้านความจำการรับรู้วันเวลาสถานที่การตัดสินใจและการแก้ปัญหาการใช้ชีวิตในสังคมและงานบ้านและงานอดิเรก ตาม Clinical Dementia Rating scale (CDR) ดังนี้



## 2. ความต้องการ

### 2.1 ความต้องการของทั่วไป

มีผู้ให้ความหมายของความต้องการหลายท่าน ดังนี้

#### 2.1.1. แนวคิดความต้องการของ Maslow (1971)

Maslow (1971) กล่าวว่า ความปรารถนาของมนุษย์นั้น ติดตัวมาแต่กำเนิด และค้นหาเป้าหมายที่จะตอบสนองต่อความปรารถนานั้น ซึ่งความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับชั้นของความปรารถนาตั้งแต่ชั้นแรกไปสู่ความปรารถนาชั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ ดังนี้

1) ความต้องการด้านสรีรวิทยา (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอำนาจมากที่สุดและสังเกตเห็นได้ชัดที่สุด จากความต้องการทั้งหมดเป็นความต้องการที่ช่วยการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำดื่ม ออกซิเจน การพักผ่อนนอนหลับ ความต้องการทางเพศ ความต้องการความอบอุ่น ตลอดจนความต้องการที่จะถูกกระตุ้นอวัยวะรับสัมผัสแรงขับของร่างกาย

2) ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety needs) เมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับความพึงพอใจแล้วบุคคลก็จะพัฒนาการไปสู่ขั้นใหม่ต่อไป ซึ่งขั้นนี้เรียกว่า ความต้องการความปลอดภัย หรือ ความรู้สึกมั่นคง (safety or security)

3) ความต้องการด้านความรักและการยอมรับ (Belongingness and love needs) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของเป็นความต้องการขั้นที่ 3 ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการทางด้านร่างกาย และความต้องการความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลต้องการได้รับความรักและความเป็นเจ้าของโดยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น

4) ความต้องการด้านคุณค่าของชีวิต (Self-esteem needs) เมื่อความต้องการได้รับความรักและการให้ความรักแก่ผู้อื่นเป็นไปอย่างมีเหตุผลและทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจแล้วพลังผลักดันในขั้นที่ 3 ก็จะลดลงและมีความต้องการในขั้นต่อไปมาแทนที่ กล่าวคือ มนุษย์ต้องการที่จะได้รับความนับถือยกย่อง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือความนับถือตนเอง (self-respect) คือ ความต้องการมีอำนาจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความแข็งแรง มีความสามารถในตนเอง มีผลสัมฤทธิ์ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นและมีความเป็นอิสระ ทุกคนต้องการที่จะรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในงาน ภารกิจต่างๆ และมีชีวิตที่เด่นดังส่วนความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (esteem from other) คือ ความต้องการมีเกียรติยศ การได้รับการยกย่อง ได้รับการยอมรับ ได้รับความสนใจ มีสถานภาพ มีชื่อเสียงเป็นที่กล่าวขานและเป็นที่ยอมรับ มีความต้องการที่จะได้รับความยกย่องชมเชยในสิ่งที่เขากระทำ ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณค่าความสามารถของเขาได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

5) ความต้องการด้านความสมหวังในชีวิต (Self-actualization needs) ถ้าลำดับขั้นความต้องการชั้นก่อนๆได้ทำให้เกิดความพึงพอใจอย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงก็จะเกิดขึ้น Maslow อธิบายความต้องการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงว่า เป็นความปรารถนาในทุกสิ่งทุกอย่างซึ่งบุคคลสามารถจะได้รับอย่างเหมาะสม

### 2.1.2 แนวคิดความต้องการและการตัดสินทางสังคม (Concept of Need and Social Justice) ของ Bradshaw (1972)

Bradshaw (1972) กล่าวว่า ความต้องการมีความสำคัญในการใช้วางแผนในการจัดการในหน่วยบริการสุขภาพรวมทั้งช่วยในการทำให้สุขภาพดีขึ้น การจัดสรรทรัพยากรและทุน อย่างไรก็ตามความต้องการเป็นแนวคิดที่หลายแง่มุมโดยไม่มีคำนิยามที่เป็นสากล Bradshaw แบ่งความต้องการออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

**1) ความต้องการตามกฎเกณฑ์ (Normative need)** ความต้องการที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญ ความต้องการกฎเกณฑ์ไม่แน่นอนและอาจจะมีมาตรฐานแตกต่างกันโดยผู้เชี่ยวชาญที่แตกต่างกันโดยการกำหนดนั้นมาจากการศึกษาค้นคว้า วิจัย เมื่อผู้เชี่ยวชาญระบุว่าบุคคลน่าจะมีความต้องการตามมาตรฐานที่กำหนดแสดงว่าต้องการการสนับสนุนและบริการพิเศษ

**2) ความต้องการตามความรู้สึก (Felt need)** ความต้องการตามความรู้สึกรับรู้โดยแต่ละบุคคล ความรู้สึกที่ต้องการจะถูกจำกัดโดยการรับรู้ของแต่ละบุคคลและความรู้ในการบริการ เช่น มีอาการปวดหัว รู้สึกปวดเข้าความต้องการด้านนี้สามารถค้นหาได้โดยการสอบถามจากตัวผู้ป่วยเอง

**3) ความต้องการด้านอุปสงค์ (Demanded need)** ความต้องการตามความรู้สึกนำไปสู่การปฏิบัติ การแสวงหาความช่วยเหลือ ความต้องการด้านนี้เป็นผลมาจากความต้องการตามความรู้สึก เช่น เมื่อรู้สึกว่ามีอาการปวดฟันบุคคลจะต้องการไปหาหมอฟัน

**4) ความต้องการเปรียบเทียบ (comparative need)** บุคคลต้องการได้รับความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายกันกับบุคคลอื่นที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตนเช่น เมื่อมีการเจ็บป่วยบุคคลจะเปรียบเทียบบริการของสถานพยาบาลจากอดีตที่ผ่านมาและกำหนดโดยตัวบุคคลเองว่าต้องการได้รับบริการจากแหล่งใด

อย่างไรก็ตามแนวคิดความต้องการของ Maslow และ Bradshaw เป็นความต้องการของคนทั่วไป ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงไม่นำแนวคิดนี้มาใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้

## 2.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ

2.2.1 Ebersole & Hess (2010) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้นำแนวคิดของ Maslow (1971) มาอธิบายความต้องการในผู้สูงอายุตามลำดับขั้นดังนี้

**ขั้นที่ 1** ความต้องการด้านชีวภาพและกายภาพ คือ อากาศ น้ำ ความสุขสบาย กิจกรรม อาหาร การขับถ่าย ความสมบูรณ์ของผิวหนัง เช่น การเข้าร่วมออกกำลังกายแอโรบิก รับประทานอาหารเพื่อคงชีพ ดูแลบำรุงสุขภาพในขั้นนี้ นอกจากนี้ Ebersole & Hess ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมว่า อาจมีอาการเดินไร้จุดหมาย ไม่อยู่นิ่งและเริ่มมีภาวะสับสนวุ่นวายว่ามีสาเหตุมาจากความต้องการที่จะหาห้องน้ำแต่ไม่รู้ว่าจะห้องน้ำอยู่ตรงไหน

**ขั้นที่ 2** ความต้องการความปลอดภัย คือ ความระมัดระวัง มีการวางแผน ความคุ้มครอง เช่น ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายรักษาสมดุลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ที่ดีสำหรับตน ติดตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพตามอายุ ติดตามข่าวสาร

**ขั้นที่ 3** ความต้องการความเป็นเจ้าของ คือ ความรัก การเอาใจใส่ การผูกพัน เช่น มีกลุ่มให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ สามารถที่จะประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ พัฒนาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

**ขั้นที่ 4** ความต้องการเห็นคุณค่าตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ภาพลักษณ์ ตัวตน การควบคุม ความสามารถ เช่น เลือกความต้องการของตนเอง มองหาบริการภายนอกเมื่อต้องการ วางแผนและติดตามสูตรสุขภาพดี

**ขั้นที่ 5** ความต้องการความสมหวังในชีวิต คือ ค้นหา ขยายจิตวิญญาณ การเติมเต็ม เช่น การคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตแบบสุขภาพดี มีเครื่องมือวัดสุขภาพ มองหาสิ่งกระตุ้นภายนอกที่สนใจจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2528) กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องการความมั่นคงและมั่นใจว่าตนเองจะไม่มีภาวะเดือร้อนในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย และสุขภาพ อีกทั้งยังต้องการความรักจากลูกหลาน เพื่อจะทำให้รู้สึกอบอุ่นและรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง

2.2.3 สุธีรา นุ้ยจันทร์ (2531) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่มตามสมควร และการรักษาโรคตามสภาพร่างกาย 2) ความต้องการด้านจิตใจ หมายถึง ความต้องการความรักและความเอาใจใส่ การแสดงถึงความเคารพยกย่องกตัญญูจากลูกหลาน 3) ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ศาสนาและหลักธรรมะ เพื่อให้จิตใจสงบพ้นจากความวิตกกังวลและ 4) ความต้องการด้านสังคม หมายถึง ความต้องการการยอมรับและยกย่องจากสังคม

ทั้งนี้แม้ผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพกาย แต่ยังคงมีสมรรถภาพด้านจิตใจและมีสติปัญญาที่จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้

สรุป ความต้องการดังกล่าว เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่ใช่ความต้องการการดูแลและยังไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงไม่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

## 2.3 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

**2.3.1 สมจิต หนูเจริญกุล (2536)** กล่าวถึงความต้องการในภาวะสุขภาพที่เป็ยงเบน จากปกติว่าเป็นการดูแลตนเองเมื่อร่างกายมีความพิการ มีความผิดปกติด้านโครงสร้าง หน้าที่ หรือเกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตราย ที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ตามปกติ มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 ประเภท ได้แก่

- 1) การเสาะแสวงหาบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- 2) การตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น ๆ
- 3) ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู
- 4) รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- 5) ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง
- 6) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพความเป็นจริงและข้อจำกัดทางสุขภาพ

**2.3.2 ประนอม โอทกานนท์ (2554)** ได้กล่าวถึงความต้องการของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Maslow (1971) เช่นกัน โดยรวมแนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุของ Bbersole & Hess (2010) มาเชื่อมโยงกับแนวคิดความต่อเนื่องของสุขภาพดีและความเจ็บป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแนวคิดนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow มีดังนี้

**ขั้นที่ 1** ความต้องการด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ความต้องการเรื่องอากาศ อาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ กิจกรรมสุขภาพฟัน สุขภาพเท้า สุขภาพโดยรวมอื่น ๆ (สีผิว ผิวหนัง ผม เล็บ ต่อมเหงื่อ) ความเจ็บปวด (pain) ความสุขสบาย การไ้ช้ยา การเคลื่อนไหวการรับรู้ ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5

**ขั้นที่ 2** ความต้องการความปลอดภัย ได้แก่ ความปลอดภัยส่วนตน  
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มองหาข้อมูลข่าวสาร

**ขั้นที่ 3** ความต้องการความรัก ได้แก่ ความต้องการด้านการสัมผัส ความต้องการด้านเพศ เครือข่ายความช่วยเหลือ

**ขั้นที่ 4** ความต้องการด้านคุณค่าของชีวิต ได้แก่ ภาวะวิกฤตและการจัดการกับความเครียด การปรับเปลี่ยนบทบาทและสถานภาพสุขภาพจิต สังคม วัฒนธรรมที่หลากหลาย

**ขั้นที่ 5** ความต้องการด้านความสมหวังในชีวิต ได้แก่ ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ การริเริ่มสร้างสรรค์ การตาย ความเศร้าโศกและจิตวิญญาณ

**2.3.3 พัทธินทร์ คมขำ (2552)** กล่าวว่า ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ หมายถึง ความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล (Needs) ซึ่งเกิดจาก ความแตกต่างกันระหว่างความต้องการการตอบสนองด้านการดูแลสุขภาพ (Demand) และการจัดบริการด้านสุขภาพ (Health care service) เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย ความต้องการของบุคคลทั่วไป ได้แก่ ต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และการส่งเสริมสุขภาพ และความต้องการของบุคคลเจ็บป่วย โดยมีพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ที่แสดงออกถึงความต้องการได้รับการตอบสนองและได้รับการดูแลด้านสุขภาพ โดยครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

**2.3.4 Matthew (1971)** ระบุว่า ความต้องการสำหรับการดูแลสุขภาพมีอยู่เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยหรือความพิการที่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับหรือดูแล

**2.3.5 Donobedian (1974)** กล่าวว่า การรบกวนบางอย่างของภาวะสุขภาพและจำเป็นที่จะต้องค้นหาความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นที่จำเป็นต้องใช้บริการการดูแลรักษาทางการแพทย์ ความต้องการการดูแลควรที่จะเน้นย้ำไปในแต่ละบุคคล และความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคลบางอย่างจะต้องการได้รับการบริการ

สรุป ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุดังกล่าว สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เนื่องจากเป็นความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุ แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงไม่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้

## 2.4 ความต้องการการดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

### 2.4.1 แนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม McWalter (1994)

McWalter et al. (1994) ได้นำแนวคิดความต้องการของ Bradshaw (1972) ที่กล่าวว่า ความต้องการมีความสำคัญในการใช้วางแผนในการจัดการในหน่วยบริการสุขภาพรวมทั้งช่วยในการทำให้สุขภาพดีขึ้น การจัดสรรทรัพยากรและทุน มาบูรณาการและได้สร้างแนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยให้คำนิยามไว้ว่า ความต้องการการดูแล หมายถึง สถานะความช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงที่มีความซับซ้อนที่บุคคลต้องขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (McWalter et al. 1994 อ้างใน Meaney et al. 2005) โดย McWalter ได้แบ่งความต้องการการดูแลออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย และการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเดิน การก้าวและการเดินขึ้นบันได การทรงตัวและการหกล้ม การมองเห็น การได้ยินการลุกนั่งเก้าอี้ การลุกนั่งเตียงนอน

2) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ ได้แก่ การซักล้าง การอาบน้ำ การดูแลสุขภาพฟัน การแต่งตัว การรับประทานหรือการดื่ม การควบคุมการขับถ่าย

3) ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การจดจำบุคคลที่คุ้นเคยการบอกให้ผู้อื่นรู้ถึงความต้องการของตน การเข้าใจบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในสังคม พุดคุยถึงกิจกรรมของตน พุดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก

4) ความต้องการการดูแลด้านความคิดและความจำ ได้แก่ การตัดสินใจและการวางแผน การจดจำกิจวัตรประจำวันแบบวันต่อวันการทวนคำถาม

5) ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ ได้แก่ การเดินไปมาไร้จุดหมาย (wandering) พฤติกรรมก้าวร้าว คำพูดก้าวร้าว พฤติกรรมทางเพศ การไม่อยู่นิ่ง (agitation) พักผ่อนไม่เพียงพอ (restlessness) ความกลัวต่ออารมณ์ที่ไม่คงที่ การนอนไม่หลับ พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ มองเห็นหรือได้ยินในสิ่งที่ไม่ได้อยู่ในที่นั้น

6) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน ได้แก่ การทำงานบ้าน การรีดผ้าเอง การใช้อุปกรณ์ทำอาหาร การดูแลความปลอดภัยในบ้าน ปลอดภัยจากแก๊ส

7) ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน ได้แก่ การใช้ยา ความสามารถในการหยิบขนมหรือเครื่องดื่ม การจับจ่ายใช้สอย การเดินทาง การใช้โทรศัพท์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริหารด้านการเงิน

สรุป ในการศึกษา ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความต้องการการดูแล ของ McWalter et al. (1994) มาใช้ เนื่องจากเป็นแนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรงสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เป็นแนวคิดที่เข้าใจได้ง่ายไม่มีความซับซ้อนและสัมพันธ์ปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมดังที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ามาดังข้างต้น

## 2.5 การประเมินความต้องการการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเมินความต้องการการดูแล สามารถประเมินความต้องการการดูแลโดยเลือกใช้จาก แบบประเมิน 3 แบบดังนี้

### 2.5.1 Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)

เป็นแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ McWalter et al. (1994) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดความต้องการของ Bradshaw (1972) โดยประเมินความต้องการการดูแลและการดูแลที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งแบ่งความต้องการออกเป็น 7 ด้าน จำนวนทั้งหมด 57 ข้อ ประกอบไปด้วย 1) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย และการเคลื่อนไหว 2) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ

3) ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 4) ความต้องการการดูแลด้านความคิดและความจำ 5) ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ 6) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน และ 7) ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชนการแปลผลมีดังนี้

ความต้องการที่ได้รับการตอบสนอง (Metneeds) หมายถึง ความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการและได้รับการตอบสนองแล้ว

ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet needs) หมายถึง ความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการได้รับการดูแลแต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจากผู้เชี่ยวชาญ

### 2.5.2 Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)

เป็นแบบประเมินที่ Orrell & Hancock (2004) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุของทั่วไปรวมไปถึงผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตแบบประเมินครอบคลุมในความต้องการด้านสุขภาพ สังคมและจิตใจ เป็นแบบประเมินที่ง่ายต่อการใช้อย่างไรก็ตาม จากการที่ผู้วิจัยพบทบทวนวรรณกรรม พบว่า เครื่องมือนี้ยังไม่ครอบคลุมด้านความปลอดภัย และความรักตามความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นเครื่องมือประเมินความต้องการของผู้สูงอายุทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสมองเสื่อม

### 2.5.3 Gole Attainment Scaling in Dementia (GAS)

สร้างขึ้นโดย Rockwood et al. (1996) เป็นแบบประเมินความต้องการด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยประเมินจากตัวผู้ป่วยเองและจากผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ด้วยความต้องการเป็นแนวคิดที่มีหลายแง่มุม และยังไม่มีความนิยามที่เป็นสากล และจากคำนิยามความต้องการการดูแลของ McWalter et al. (1994) นั้นค่อนข้างชัดเจนและสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมของ McWalter et al. (1994) มาเป็นแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ และสร้างเครื่องมือขึ้นมาเองโดยประยุกต์จากแนวคิดนี้ เนื่องจากแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ของ McWalter et al. (1994) นั้นได้หยุดเผยแพร่ให้ใช้กับสาธารณะ

## 3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อให้การวางแผนการพยาบาลจะต้องเป็นไปอย่างครอบคลุม โดยให้การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555) ดังนี้

3.1 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งในด้าน กายภาพ จิตใจ สังคม การเงิน เครือข่ายช่วยเหลือ และสิ่งแวดล้อม เพื่อการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้อง เหมาะสมกับการดำเนินไปของโรค และต้องรู้จักยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลไปตามสถานการณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเมื่อมีอาการเพิ่มมากขึ้น

3.2 ให้การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล บริการดูแลกลางวัน ให้บริการดูแลระยะสั้นเป็นครั้งคราว ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ใช้แหล่งประโยชน์อย่างเหมาะสมให้ข้อมูลหรือแนะนำระบบบริการสุขภาพและสังคม

3.3 ให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการประเมินตนเองและช่วยเหลือตนเองได้เบื้องต้นเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น (education)

3.4 จัดทำกลุ่มสนับสนุน ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้มาพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันวางแผนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และเพื่อเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะไม่คิดว่าตนมีปัญหาอยู่เพียงผู้เดียว ยังมีผู้อื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน (support group)

3.5 ให้การดูแลโดยตรง โดยการให้การดูแลกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล (direct care)

3.6 ให้คำปรึกษากับตัวผู้ป่วยเองและญาติทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการของโรคที่ดำเนินเพิ่มขึ้น และบอกแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ความสะดวกในการใช้บริการของผู้ป่วย

3.7 พัฒนาความรู้ให้แก่วิชาชีพ เพื่อเป็นผู้ให้ความรู้แก่ วิชาชีพพยาบาล ผู้ดูแลครอบครัว

3.8 เป็นเสียงให้กับผู้สูงอายุ (advocacy) เพื่อร่วมออกกฎหมายหรือนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในโอกาสที่ประเทศไทยกำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.9 เป็นที่ปรึกษาในการช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพ โดยให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีขึ้น

3.10 นำผลการวิจัยมาช่วยแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ



#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### งานวิจัยในประเทศไทย

นิตติยา น้อยสีภูมิ (2553) ศึกษาการมีชีวิตรอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความจำ มีอาการหลงลืม เช่น ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมวันนัด ลืมชื่อคน เป็นต้น ปัญหาด้านการคิดและการตัดสินใจข้างต่าง จากก่อนการเจ็บป่วย ปัญหาด้านการคิดคำนวณ การขาดความกระตือรือร้นและการมีอาการแสดง ด้านร่างกายที่ชัดเจน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การพูดไม่ชัด เป็นต้น และภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตกใจกลัวสูญเสียความทรงจำและความสามารถที่ตนเองเคยมี บางรายไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมคิดว่าเป็นอาการหลงลืมตามวัย และเมื่อมีอาการผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกหงุดหงิดที่ไม่สามารถทำตามที่ต้องการได้ รู้สึกน้อยใจเสียใจที่อาการนี้ มาเกิดกับตนและไม่อยากเป็นภาระของใครนอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นยังกล่าวถึง ความต้องการการดูแลว่า ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือลูก เนื่องจากมีความไว้วางใจและอบอุ่นใจมากกว่า

กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ (2554) ศึกษาปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสาเหตุต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 90 จะมีปัญหาเหล่านี้ร่วมด้วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคและรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัญหานี้สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงแม้กระทั่งในกลุ่มผู้ป่วย Mild cognitive impairment (MCI) แต่จะพบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง โดยอาการมักจะขึ้น ๆ ลง ๆ เกิดซ้ำได้บ่อย ๆ และปัญหาดังกล่าวมักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมากทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราการรับตัวผู้ป่วยสมองเสื่อมไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) ศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และมีระดับเข่าปัญหาต่ำ

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Orrell & Bebbington (1996) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและวิตกกังวลในผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 70 คน พบว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น เหตุการณ์ต่างในชีวิต จะมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงของวิตกกังวล คนที่มีการติดต่อกับสังคมมากมีปัญหสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลและมีภาวะพึงพาทางกายสูง จะสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Rothera (2003) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาลและได้ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าว พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานบริบาลที่มีคะแนนประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) อยู่ในช่วง 0 - 9 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง และเมื่อประเมินด้วย Barthel เท่ากับ 0 - 4 พบว่าเป็นคะแนนที่มีระดับความต้องการการดูแลสูง

Kobayashi et al. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับผลของระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมต่อความสามารถในการอาบน้ำของผู้ป่วยสมองเสื่อมในสถานดูแลพิเศษสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับรุนแรง (SCU) จำนวน 8 คน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงระดับความสามารถระดับที่ 5 ตามเกณฑ์ของ FAST จะมีปัญหาเรื่องการไปอาบน้ำด้วยตนเองโดยจะต้องการความช่วยเหลือในการพาเข้าไปห้องน้ำบ่อยมากขึ้น แต่การเดินยังคงปกติ การแต่งตัวสามารถทำได้แต่ต้องมีต้นแบบให้ทำตาม

Meaney et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแล (CarenapD) พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยในชุมชนส่วนใหญ่มีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองในด้าน พฤติกรรมและอารมณ์ รองลงมาคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและพบว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ คะแนนความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา (MMSE) ที่ลดลงและในผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว

Gaugler et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่อ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องไปอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ อัตราการตาย และไม่ยอมมาตามนัดเพื่อรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยการสัมภาษณ์และติดตามเป็นระยะเวลา 18 เดือน โดยพบว่า ถ้าผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เชาว์ปัญญา และการดูด้านพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะของโรค จะส่งผลในระยะยาวต่อผู้ป่วย โดยจะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะต้องไปอยู่ที่บ้านพักผู้สูงอายุ เพิ่มอัตราการตายเร็วขึ้น และผู้ป่วยจะไม่ต้องไปตรวจรับการรักษาตามนัด

Chung (2006) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยในชุมชนในฮ่องกงโดยใช้แบบประเมิน (CarenapD) ที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 57 ข้อ เกี่ยวกับความต้องการด้านกิจกรรม/พฤติกรรม ใช้เพื่อประเมินสถานะความต้องการการดูแล คำตอบมีได้รับ

หรือไม่ได้รับ ผลพบว่าความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและระดับความรุนแรงของการรับรู้ที่มากขึ้น สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) การมีส่วนร่วมทางสังคม ความคิด ความจำ พฤติกรรม และสภาวะจิตใจ ส่วนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองมีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ผลส่วนใหญ่พบว่าระดับความต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ระดับความจำ และสภาวะจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงจะมีความต้องการการดูแลในด้านการบริหารจัดการเรื่องยา ผู้ป่วยจะเผชิญกับการที่ต้องใช้ชีวิตในสังคมกับความบกพร่องด้านความรู้ของตนเอง ทำให้เกิดความต้องการการดูแลในด้านการติดต่อสื่อสารกับสังคมในการที่จะจดจำ หรือบอกสิ่งที่ตนต้องการให้กับสังคมรับรู้ ในการคิด การตัดสินใจและการวางแผนในบางเรื่อง เช่น การใช้จ่ายใช้สอย ผู้ป่วยจะมีความต้องการการดูแลในการส่งเสริมด้านการช่วยจดจำ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลในการจำกัดพฤติกรรมนั้น ๆ

Orrell et al. (2008) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานดูแลโดยใช้แบบประเมิน (Camberwell Assessment of Needs for the Elderly: CANE) ประเมินกับตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลที่เป็นญาติ และเจ้าหน้าที่ในสถานดูแล พบว่าระหว่างทั้งสามกลุ่มนี้มีความเห็นพ้องต้องกันว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการในด้านอาหาร ต้องการที่จะมีความสามารถในการมองเห็น/ได้ยิน ความต้องการทางด้านสุขภาพทางกายและทางใจ ความต้องการทราบข่าวสาร ต้องการมีเพื่อน และเงิน และพบว่ามีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองคือความต้องการในด้านจิตใจเกี่ยวกับความกังวลใจ ความต้องการการมีเพื่อน การได้รับข่าวสาร และที่ต้องการมากที่สุดคือความต้องการมีกิจกรรมระหว่างวัน และปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลขาดทักษะและความรู้ในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย

Whall et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางประสาทวิทยา ความสามารถด้านการรับรู้ สถานะทางสุขภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม ความต้องการทางกาย จิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง และยังพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอาบน้ำของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุสัมพันธ์กับ ปัจจัยด้านเพศโดยพบในเพศหญิงมากกว่า การศึกษาที่สูงกว่าจะพบพฤติกรรมนี้มากกว่า คะแนน MMSE ที่สูงกว่า ผู้ที่มีประวัติไม่พึงพอใจในชีวิต และอาการนอนไม่หลับ

Carla et al. (2010) ได้ศึกษาแบบประเมินต่าง ๆ เกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ และได้ให้นิยามของความต้องการแต่ละลำดับขั้นไว้ ดังนี้

**ขั้นที่ 1** ความต้องการด้านสรีรวิทยา หมายถึง ความต้องการขั้นพื้นฐาน รวมไปถึง การดำรงไว้ซึ่งสุขุวิทยาส่วนบุคคล การใช้ชีวิตในบ้านและการให้อาหาร

**ขั้นที่ 2** ความต้องการความปลอดภัย หมายถึง การป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่ได้ตั้งใจที่เป็นสาเหตุมาจาก การเดินโดยไร้จุดหมาย ความบกพร่องในการประกอบกิจกรรม (apraxia) อาการบกพร่องทางการใช้ภาษา (agnosia) และความสามารถในด้านการวางแผน การประมวล หรือการตัดสินใจที่ลดลง

**ขั้นที่ 3** ความต้องการด้านความรักและการยอมรับ หมายถึง การเผชิญกับอารมณ์ความรักและการยอมรับในอาการที่เกิดจากการที่สมองถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกจากการติดต่อกับสังคม ซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยต้องการได้รับความรัก การยอมรับและความรัก

**ขั้นที่ 4** ความต้องการด้านคุณค่าของชีวิต ตระหนักกลัวเกี่ยวกับการสูญเสียการยอมรับนับถือ และการที่ต้องพึ่งพา การนับถือยกย่อง การนับถือตนเอง และความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยผู้ซึ่งมีประสบการณ์ในการสูญเสียบทบาททางสังคม

**ขั้นที่ 5** ความต้องการด้านความสมหวังในชีวิต เป็นความต้องการขั้นสูงสุด หมายถึง การค้นหาการจูงใจ หรือ การขับพฤติกรรม

Lehmann et al. (2010) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ว่ามักจะ ไม่ได้รับการดูแลหรือไม่ได้รับความสนใจ ทั้ง ๆ ที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ป่วยที่เปราะบาง และมักมีปัญหาด้านความสามารถในการทำหน้าที่และความจำ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่คนเดียวในชุมชนจากการประเมินความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา (MMSE) การประเมินข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพ (Knowledgeable informant: KI) และการสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับการรับรู้ (Cognitive) พบว่า มีจำนวนผู้ที่บกพร่องด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และมีระดับการรับรู้ที่น้อยกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ไม่ได้อาศัยอยู่ตามลำพัง

Miranda-Castillo et al. (2010) ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียวพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวยังมีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ลำพังในด้าน การใช้ชีวิตในบ้าน อาหาร ต้องการที่จะช่วยเหลือตนเองให้ได้ทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องการมีกิจกรรมระหว่างวัน ต้องการมีเพื่อนและต้องการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแบบปกติ และพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองโดยไม่ตั้งใจ และ มีความทุกข์ทางจิตใจ มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน

Miranda-Castillo et al. (2010) ศึกษาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง คุณภาพชีวิต และเครือข่ายความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้าน พบว่า ความต้องการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการได้รับแต่ยังไม่ได้รับตอบสนอง คือ ความต้องการด้านการมีกิจวัตร

ตอนกลางวัน ร้อยละ 77.50 ต้องการมีอาชีพ ร้อยละ 60.39 ความต้องการการช่วยเหลือด้านจิตใจ ร้อยละ 47.30

Norton et al. (2010) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านพฤติกรรมที่ต้องขับเคลื่อน (need driven behaviour) ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรม BEHAVE-AD ของ Reisberg et al. (1989) โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ เชื้อชาติ คะแนนความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา (MMSE) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูง (IADL) ความรุนแรงของโรค พบว่า เพศหญิงมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์มากกว่าเพศชาย ชาวแอฟริกันอเมริกา มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์น้อยกว่าชาวผิวขาว ระดับความบกพร่องทางการรับรู้ที่สูงขึ้นมีระดับพฤติกรรมที่ต้องได้รับการแก้ไขสูงขึ้น

John et al. (2011) ศึกษาถึงความต้องการการดูแลที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยในชุมชน 292 ชุมชน ในรัฐแมริแลนด์ ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมของ John Hopkins พบว่า ความต้องการการดูแลที่ยังไม่ตอบสนองที่พบมากที่สุดคือ ด้านการดูแลรักษา ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ด้านกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่มีความหมาย และต้องการผู้ดูแล ตามลำดับ

Futran et al. (2012) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังในสถานพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66 ปี โดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (Camberwell Assessment of Need for the Elderly: CANE) ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วคือ ความต้องการด้านยาและการรักษา ส่วนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองคือ ความต้องการด้านสังคม การมีอาชีพ กิจวัตรประจำวัน และความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับคนสนิท

Green et al. (2012) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องความต้องการของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จะมีเริ่มมีภาวะพึ่งพา ด้านการใช้ชีวิตสังคม สูญเสียสัมพันธภาพทางเพศ มีปัญหาสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และยังพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นกลุ่มนี้ต้องการให้มีคนดูแลทั้งทางด้านการใช้ชีวิตในสังคม และด้านบุคลิกภาพ

Betty et al. (2013) ศึกษาความต้องการที่ยังไม่ได้ตอบสนองของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ในโรงพยาบาลบาร์ติมอ พบว่า ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลด้านความปลอดภัย พบสูงถึงร้อยละ 90 มากกว่าร้อยละ 50 มีความต้องการด้านการมีกิจกรรม และยังพบอีกว่าความต้องการที่พบในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับชนกลุ่มน้อย ผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับน้อย และผู้ป่วยสมองเสื่อม

ระยะเริ่มต้น ซึ่งเขาระบุอีกว่า การค้นพบและรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสามารถช่วยให้เขาสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลในด้านอื่น ๆ ได้

## 5. กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการนำแนวคิดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ของ McWalter et al. (1994) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประเมินความต้องการการดูแลและการดูแลที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีการสมองเสื่อม โดยให้คำนิยามว่า ความต้องการการดูแล หมายถึง สถานะความช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงที่มีความซับซ้อนที่บุคคลต้องขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และได้แบ่งความต้องการการดูแลออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย และการเคลื่อนไหวได้แก่ การเดิน การก้าวและการเดินขึ้นบันได การทรงตัวและการหกล้ม การมองเห็น การได้ยินการลึนงั่แก้วหู การลึนงั่เตยงนอน

2. ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำได้แก่ การซักล้าง การอาบน้ำ การดูแลสุขภาพฟัน การแต่งตัว การรับประทานหรือการดื่ม การควบคุมการขับถ่าย

3. ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้แก่ การจดจำบุคคลที่คุ้นเคยการบอกให้ผู้อื่นรู้ถึงความต้องการของตน การเข้าใจบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในสังคม พูดคุยถึงกิจกรรมของตน พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก

4. ความต้องการการดูแลด้านความคิดและความจำได้แก่ การตัดสินใจและการวางแผน การจดจำกิจกรรมประจำวันแบบวันต่อวันการทวนคำถาม

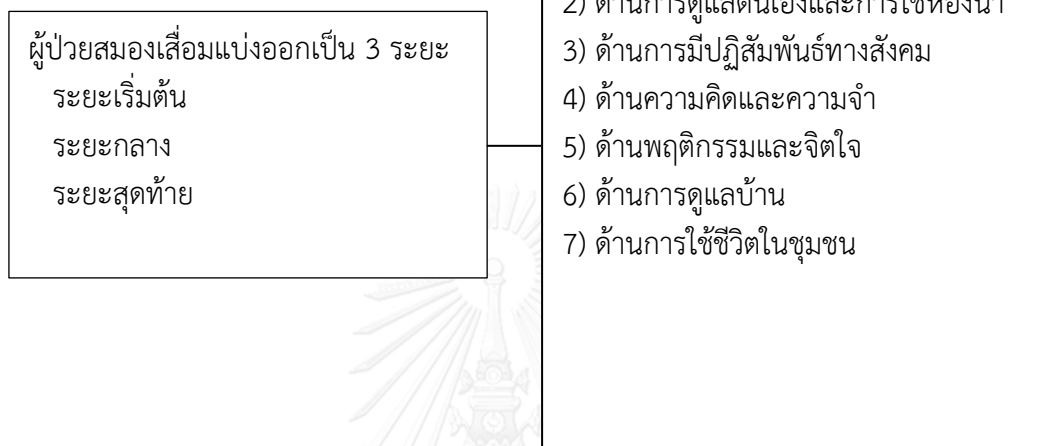
5. ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจได้แก่ การเดินไปมาไร้จุดหมาย (wandering) พฤติกรรมก้าวร้าว คำพูดก้าวร้าว พฤติกรรมทางเพศ การไม่อยู่นิ่ง (agitation) พักผ่อนไม่เพียงพอ (restlessness) ความกลัวต่ออารมณ์ที่ไม่คงที่ การนอนไม่หลับ พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำมองเห็นหรือได้ยินในสิ่งที่ไม่มียู่ในที่นั้น

6. ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้านได้แก่ การทำงานบ้าน การรีดผ้าเอง การใช้อุปกรณ์ทำอาหาร การดูแลความปลอดภัยในบ้าน ปลอดภัยจากแก๊ส

7. ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชนได้แก่ การใช้ยา ความสามารถในการหยิบขนมหรือเครื่องดื่ม การจับจ่ายใช้สอย การเดินทาง การใช้โทรศัพท์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริหารด้านการเงิน

สามารถสรุปออกมาเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

## 5. กรอบแนวคิด



### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ ที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 – เมษายน พ.ศ. 2557 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
2. ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอื่น ๆ
3. ได้รับการอนุญาตจากแพทย์และผู้ดูแล

#### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงหรือมีอาการหลงลืมมากขึ้น อาการพฤติกรรมรุนแรงจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำวิจัยต่อไปได้ในระหว่างการดำเนินการวิจัย



### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1976) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนไว้ที่ .05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม

N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

$$n = \frac{700}{1 + 700 (0.05)^2}$$

$$\text{ดังนั้นได้จำนวนตัวอย่าง (n) = 160 คน}$$

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage sampling) ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สํารวจโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ (เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลในระดับอื่น รวมทั้งมีความหลากหลายของชนิดของผู้ป่วยสมองเสื่อม) มีจำนวนทั้งหมด 7 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเลือกกลุ่มศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาล 7 แห่งจนได้จำนวน 4 แห่ง (ระยอง กรรณสูตร, 2542)

3. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่ม 4 แห่ง ตามสัดส่วนของผู้มารับบริการ

4. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์สัมภาษณ์คนเว้นคนจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล

| โรงพยาบาล    | ประชากร | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|--------------|---------|--------------------|
| รามาริบัติ   | 200     | 45                 |
| ราชวิถี      | 100     | 23                 |
| พระมงกุฎ     | 100     | 23                 |
| สถาบันประสาท | 300     | 79                 |
| รวม          | 700     | 160                |

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง กำหนดแบบบันทึกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ ปัจจุบัน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

#### ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE – T 2002)

เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองที่คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al. (1975) ซึ่งสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา และไม่ได้มีการศึกษา (อ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้) ผู้วิจัยใช้ในการทดสอบเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา ลักษณะแบบทดสอบมี 11 ข้อใหญ่ ๆ ที่เป็นการทดสอบสมรรถภาพสมองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

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

2. ด้านความจำ (memory) ประกอบด้วยการบันทึกความจำ (registration) และการทดสอบความจำระยะสั้น (recall) ได้แก่แบบทดสอบข้อที่ 3, 5 มีคะแนนรวม 6 คะแนน

3. การทดสอบความตั้งใจ (attention) และการคำนวณ (calculation) ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุลบเลขในใจจาก 100 ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ จนครบ 5 ครั้ง (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ต้องทำการประเมินข้อนี้) ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 4 มีคะแนนรวม 5 คะแนน

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

5. ด้านการใช้เหตุผล การคิดแบบนามธรรม หมายถึง ความสามารถที่จะจัดการกับความรู้ โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลเพื่อการแก้ปัญหา เช่น การให้ผู้สูงอายุนวดรูปตามตัวอย่างที่กำหนด ได้แก่ แบบทดสอบข้อที่ 11 มีคะแนน 1 คะแนน

#### การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบในข้อที่ 4, 9, 10) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเขาว์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเขาว์ปัญญาน้อย (cut of point  $\leq 14$  คะแนน)

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเขาว์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเขาว์ปัญญาน้อย (cut of point  $\leq 17$ )

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเขาว์ปัญญามาก ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือบกพร่องทางเขาว์ปัญญาน้อย (cut of point  $\leq 22$ )

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินนี้ในการคัดกรองและยืนยันว่า ผู้ร่วมวิจัยมีภาวะสมองเสื่อมจริงร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

เป็นแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการประยุกต์จากแนวคิดความต้องการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ McWalter et al. (1994) ผู้วิจัยได้ติดต่อขอใช้แบบประเมินกับ Dr. McWalter ทาง email แต่เนื่องจากแบบประเมินเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัย สเตอริงส์ก็อตแลนด์ ผู้วิจัยติดต่อไปทางมหาวิทยาลัย แต่เครื่องมือไม่ได้เก็บไว้ในฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยแล้วเนื่องจากเก่าเกินไป ผู้วิจัยจึงติดต่อไปยัง Chung ซึ่งเป็นผู้ที่ใช้เครื่องมือนี้ในงานวิจัยของเขาในปี 2006 ที่ฮ่องกงแต่เครื่องมือไม่ได้เก็บไว้แล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมขึ้นเองโดยใช้ข้อความของ Dr. McWalter ที่พบในวารสารมาใช้ในงานวิจัยนี้ ลักษณะเป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถประเมินตนเอง แบ่งชนิดของความต้องการการดูแลออกเป็น 7 ด้าน จำนวนทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบไปด้วย 1) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย และการเคลื่อนไหวจำนวน 10 ข้อ 2) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ จำนวน 9 ข้อ 3) ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 5 ข้อ 4) ความต้องการการดูแลด้านความคิดและความจำ จำนวน 3 ข้อ 5) ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 10 ข้อ 6) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน จำนวน 4 ข้อ และ 7) ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน จำนวน 4 ข้อ

#### การแปลผล

โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยรายด้าน รายข้อและความต้องการการดูแลในภาพรวมคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

|         |         |                         |
|---------|---------|-------------------------|
| ระดับ 1 | หมายถึง | ไม่ต้องการการดูแล       |
| ระดับ 2 | หมายถึง | ต้องการการดูแลน้อย      |
| ระดับ 3 | หมายถึง | ต้องการการดูแลปานกลาง   |
| ระดับ 4 | หมายถึง | ต้องการการดูแลมาก       |
| ระดับ 5 | หมายถึง | ต้องการการดูแลมากที่สุด |

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (The Clinical Dementia Rating scale: CDR) ของ Morris (1993)

แบบประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้มาใช้ในการแบ่งระยะของผู้ป่วยสมองเสื่อม การประเมินใช้การสัมภาษณ์พูดคุย โดยผู้ประเมินเป็นผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด

แบบประเมินมีทั้งหมด 5 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านความจำ (Memory) ด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation) การตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Judgment & Problem solving) ด้านสังคม (Community affairs) และงานบ้านและงานอดิเรก (Home & Hobbies) ในแต่ละด้านจะแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง ตั้งแต่ CDR = 0 คือ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จนถึง CDR = 3 คือ มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง และในแต่ละหัวข้อเป็นอิสระต่อกัน

##### การแปลผล

CDR = 0 No Dementia ไม่มีปัญหาความจำเลยหรือหลงลืมเป็นบางครั้ง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติทุกอย่าง แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ทุกอย่าง จัดการธุรกิจการเงินได้ การตัดสินใจดีเท่าเดิม การใช้ชีวิตในสังคมปกติ ชีวิตในบ้าน งานอดิเรก สติปัญญา ความสนใจยังปกติ

CDR = 0.5 Uncertain of deferred diagnosis หลงลืมเล็กน้อยและบ่อยครั้ง เริ่มสูญเสียการรับรู้ความสัมพันธ์ทางเวลาบ้างแต่อื่น ๆ ปกติ การแก้ปัญหาเริ่มเสียเล็กน้อย การใช้ชีวิตในบ้าน งานอดิเรก สติปัญญา ความสนใจเสียเล็กน้อย

CDR = 1 Mild Dementia หลงลืมมากขึ้น ความจำที่เรียนรู้ใหม่หายไปอย่างรวดเร็ว เหลือแต่ความจำที่เคยมีในอดีต สูญเสียการรับรู้ความสัมพันธ์ทางเวลามากขึ้น ขณะสัมภาษณ์รับรู้สถานที่ถูกต้องแต่อาจมีสับสนทางภูมิศาสตร์ในสถานที่อื่นการแก้ปัญหาที่คล้ายกันหรือแตกต่างกันเสียปานกลาง แต่การตัดสินใจทางสังคมยังดีอยู่ทำหน้าที่ในเรื่องต่าง ๆ เองได้ ผู้อื่นยังมองว่าปกติอยู่แต่เลิกทำกิจกรรมที่สนใจและงานอดิเรกที่ยุ่ยากและเลิกทำงานบ้านที่ซับซ้อน

CDR = 2 Moderate Dementia หลงลืมมากขึ้น ความจำที่เรียนรู้ใหม่หายไปอย่างรวดเร็ว เหลือความจำที่เคยมีในอดีต เสียความจำในด้านการจดจำเวลา สถานที่ การแก้ปัญหาที่คล้ายกันหรือต่างกันเสียอย่างมาก และ การตัดสินใจทางสังคมเสียบ่อยครั้ง มีการพึ่งพาเมื่อออกนอกบ้าน แต่ยังสามารถไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้านได้ทำได้แต่ทำงานบ้านง่าย ๆ สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลงมาก

CDR = 3 Severe Dementia หลงลืมอย่างมาก จำได้เป็นส่วนๆไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องราวหลงลืมบุคคลไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอะไรได้เลยต้องพึ่งพาอย่างเมื่อนอกไปนอกบ้านหรือแยะเกินกว่าจะพาออกไปนอกบ้านไม่สนใจจะทำอะไรเลย

สรุป แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้ในการแบ่งระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากในการวินิจฉัยของแพทย์นั้นไม่ได้ระบุระยะการเจ็บป่วยไว้

ในงานวิจัยนี้ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับผู้วิจัยได้คัดกรองด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นแล้วแล้วมีความบกพร่องทางการรู้คิด ผู้วิจัยจึงได้แบ่งระยะของสมองเสื่อมเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น** ระยะนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้คะแนน CDR 0-1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เนื่องจากในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย ด้วยผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ร่วมกับการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นว่าเป็นกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่มีการแบ่งระยะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (CDR scale) แต่ด้วยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ผู้วิจัยจึงรวมระดับ 0 – 1 ไว้เป็นคะแนนที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเริ่มต้น

**ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง** ระยะนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้คะแนน CDR เท่ากับ 2

**ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย** ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้คะแนน CDR เท่ากับ 3

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ทั้ง 3 ชุด ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลหัวหน้าคลินิกสมองเสื่อม 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า

0.8 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็น เป็น 4 ระดับ (Polit and Hungler, 1997) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้จากคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบเครื่องมือเท่ากับ .87

## 2. การหาความเที่ยง (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมิน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficeint) โดยมีเกณฑ์พิจารณา คือ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้ว แล้วผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงเพื่อให้ความเหมาะสมกับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป ส่วนแบบวัดใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2001) ซึ่งแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีค่าความเที่ยงที่ .97

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้ทำการสุ่มไว้จำนวน 4 โรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดของเรื่องที่จะทำวิจัย ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยต้องผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละสถาบันก่อนการเก็บข้อมูล

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

3. ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตนเองกับพยาบาลประจำคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาคั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินคุณสมบัติให้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามวันที่ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ของแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

1. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 9 มกราคม 2557 – 10 มกราคม 2558
2. โรงพยาบาลรามาริบัติ 20 มกราคม 2557 – 21 เมษายน 2557
3. โรงพยาบาลราชวิถี 17 ตุลาคม 2556 – 18 ตุลาคม 2558
4. สถาบันประสาทวิทยา 8 พฤศจิกายน 2556 – 8 พฤศจิกายน 2558

จากนั้นแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากตัวผู้ป่วย ขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้และญาติผู้ป่วย โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในคั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจึงให้ผู้สูงอายุอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และไบบินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนเข้าใจก่อนให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคั้งนี้

4.1 ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินด้วยตนเอง ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

4.2 ผู้วิจัยประเมินด้วยแบบสอบถาม ตามรายละเอียด คั้งนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะสมองเสื่อม โรคประจำตัว และการอยู่อาศัย ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยทำการบันทึกเองจากแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วย

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) ผู้วิจัยทำการทดสอบกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล โดยข้อที่ 1 และ ข้อที่ 2 ของแบบทดสอบ ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบคำถามทีละข้อ ส่วนข้อที่ 3 ถึงข้อที่ 11 ผู้วิจัยจะอ่านคำสั่งข้อนั้น ๆ ให้ผู้สูงอายุทำตามคำสั่งทีละข้อ ใช้เวลา 10 – 15 นาทีต่อคน

3) แบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยทำการสอบถามกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทีละข้อโดยในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและระยะกลาง ผู้วิจัยสอบถามกับตัวผู้ป่วยเอง แต่ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายผู้วิจัยจะสอบถามกับผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (Informal caregiver)



- 4) แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเองและอธิบายวิธีการให้คะแนนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลฟัง
- 5) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล
- 6) ดำเนินการตามข้อ 3 – 5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 4 โรงพยาบาล
- 7) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### ข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำวิจัยนี้ เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าในบางกรณีผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยตนเองจึงได้ข้อมูลจากญาติ ไม่ใช่ข้อมูลที่มาจากตัวผู้ป่วยเอง และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมในระยะกลางตอนปลายและระยะสุดท้าย จะไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ ข้อมูลจึงได้จากญาติไม่ใช่ข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ในบางโรงพยาบาลไม่มีคลินิกสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะ จะไปรวมอยู่ในคลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ทำให้ต้องใช้เวลานานในการคัดกรองผู้ป่วย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ จะเริ่มดำเนินการได้เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลที่ได้ทำการสุ่มไว้จำนวน 4 โรงพยาบาล ในขั้นตอนการดำเนินการจริง ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตัวเองในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มี การเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการดูแลในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะ วิเคราะห์โดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบวัดซ้ำ (One way Anova)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันประสาทวิทยา จำนวนทั้งหมด 160 คน

ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่รวบรวมมาได้ และผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปแบบของตาราง ประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2. ระยะการเจ็บป่วยของภาวะสมองเสื่อม
- ส่วนที่ 3. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ส่วนที่ 4. การเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับระยะของโรค

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาท จำนวน 160 คน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สถานภาพ อาชีพรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม (n = 160)

| ข้อมูล   | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| <b>เพศ</b>   |            |        |
| ชาย  | 52         | 32.5   |
| หญิง   | 108        | 67.5   |
| <b>อายุ(<math>\bar{X}</math> = 72.5; SD = .82)</b> |            |        |
| 60-70 ปี   | 39         | 24.4   |
| 71-80 ปี   | 58         | 36.3   |
| 81-90ปี  | 60         | 37.5   |
| 91 ปีขึ้นไป  | 3          | 1.9    |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                               |            |        |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ                                 | 7          | 4.4    |
| ประถมศึกษา   | 52         | 32.5   |
| มัธยมศึกษา/ปวช                                     | 24         | 15     |
| อนุปริญญา/ปวส                                      | 25         | 15.6   |
| ปริญญาตรี  | 34         | 21.3   |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                   | 12         | 7.5    |
| อื่นๆ  | 6          | 3.8    |
| <b>โรคประจำตัว</b>                                 |            |        |
| เบาหวาน  | 7          | 4.4    |
| ความดันโลหิตสูง                                    | 34         | 21.3   |
| ไขมันในเลือดสูง                                    | 13         | 8.1    |
| เบาหวาน ความดัน ไขมัน                              | 41         | 25.6   |
| อื่นๆ  | 65         | 40.6   |
| <b>สถานภาพ</b>                                     |            |        |
| โสด  | 37         | 23.1   |
| คู่  | 116        | 72.5   |
| หม้าย  | 7          | 4.4    |

| ข้อมูล                             | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------------------|------------|--------|
| <b>อาชีพ</b>                       |            |        |
| ทำงานบ้าน                          | 41         | 25.6   |
| รับจ้าง                            | 3          | 1.9    |
| ค้าขาย                             | 3          | 1.9    |
| รับราชการ                          | 11         | 6.9    |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงาน         | 7          | 4.4    |
| เอกชน                              | 95         | 59.4   |
| อื่นๆ (อยู่บ้านเฉย ๆ)              |            |        |
| <b>รายได้</b>                      |            |        |
| พอใช้และมีเก็บสะสม                 | 111        | 69.4   |
| พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม              | 36         | 22.5   |
| พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน               | 9          | 5.6    |
| ไม่พอใช้และมีหนี้สิน               | 4          | 2.5    |
| <b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะ</b> |            |        |
| <b>สมองเสื่อม</b>                  |            |        |
| 1-3 ปี                             | 72         | 45     |
| 4-5 ปี                             | 37         | 23.1   |
| 6-10 ปี                            | 29         | 18.1   |
| มากกว่า 10 ปี                      | 22         | 13.8   |

ตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ร่วมวิจัยทั้งหมด 160 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 และเป็นเพศชายพบ 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 81-90 ปีมีจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 52 ราย คิดเป็น ร้อยละ 32.5 มีโรคประจำตัวทุกรายโดยโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังที่พบสูงที่สุดคือ กลุ่มที่มีโรครวมเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงพบถึง 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.5 ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีอัตราสูงที่สุด โดยพบถึง 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.4 มีรายได้พอใช้และมีเก็บสะสม จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.4 ส่วนใหญ่เจ็บด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในช่วง 1-3 ปี จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 45

## ส่วนที่ 2.ระยะการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกตามระยะการเจ็บป่วยของภาวะสมองเสื่อม (n = 160)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (คน) | ร้อยละ     |
|------------------------|------------|------------|
| สมองเสื่อมระยะเริ่มต้น | 65         | 40.6       |
| สมองเสื่อมระยะกลาง     | 52         | 32.5       |
| สมองเสื่อมระยะสุดท้าย  | 43         | 26.9       |
| <b>รวม</b>             | <b>160</b> | <b>100</b> |

จากตารางที่ 2 แสดงถึงผู้ป่วยทั้งหมด 160 ราย มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (ไม่รุนแรง และรุนแรงน้อย) จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 และภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.9

## ส่วนที่ 3. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ตารางที่ 3 แสดงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมจำแนกรายข้อ รายด้านและโดยรวม

| ความต้องการการดูแล                          | $\bar{x}$   | SD          | ระดับ          |
|---|-------------|-------------|----------------|
| <b>1. ด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว</b> | <b>3.04</b> | <b>1.33</b> | <b>ปานกลาง</b> |
| 1.1 การดูแลการทรงตัวและการป้องกันหกล้ม      | 3.41        | 1.45        | ปานกลาง        |
| 1.2 การดูแลด้านด้านสุขภาพกาย                | 3.36        | 1.46        | ปานกลาง        |
| 1.3 การดูแลในการก้าว ขึ้น- ลง บันได         | 3.33        | 1.47        | ปานกลาง        |
| 1.4 การดูแลในการ ลุก-นั่ง เก้าอี้           | 3.11        | 1.47        | ปานกลาง        |
| 1.5 การดูแลในการเดินในพื้นที่ราบ            | 3.05        | 1.45        | ปานกลาง        |
| 1.6 การดูแลด้านการมองเห็น                   | 2.91        | 1.37        | ปานกลาง        |
| 1.7 การดูแลในการลุกนั่งจากเตียง             | 2.91        | 1.53        | ปานกลาง        |
| 1.8 การดูแลด้านการได้ยิน                    | 2.85        | 1.41        | ปานกลาง        |

| ความต้องการการดูแล  | $\bar{x}$   | SD          | ระดับ          |
|---|-------------|-------------|----------------|
| 1.9 การการดูแลเมื่อมีอาการท้องเสีย<br>หรือท้องผูก               | 2.82        | 1.37        | ปานกลาง        |
| 1.10 การการดูแลเท้า   | 2.82        | 1.43        | ปานกลาง        |
| <b>2. ด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ</b>                      | <b>3.02</b> | <b>1.33</b> | <b>ปานกลาง</b> |
| 2.1 ท่านต้องการการดูแลในการซักผ้า                               | 3.39        | 1.55        | ปานกลาง        |
| 2.2 ท่านต้องการการดูแลในด้านการ<br>แต่งกาย                      | 3.13        | 1.37        | ปานกลาง        |
| 2.3 ท่านต้องการการดูแลในการอาบน้ำ                               | 3.05        | 1.54        | ปานกลาง        |
| 2.4 ท่านต้องการการช่วยดูแลความ<br>สะอาดร่างกาย                  | 3.01        | 1.47        | ปานกลาง        |
| 2.5 ท่านต้องการการดูแลในด้าน<br>สุขภาพฟัน                       | 2.99        | 1.55        | ปานกลาง        |
| 2.6 ท่านต้องการการดูแลในด้านการ<br>ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกาลเทศะ  | 2.98        | 1.45        | ปานกลาง        |
| 2.7 ท่านต้องการการดูแลเมื่อปัสสาวะ<br>ราดกลางคืน                | 2.83        | 1.53        | ปานกลาง        |
| 2.8 ท่านต้องการการดูแลในการ<br>รับประทานอาหาร                   | 2.82        | 1.52        | ปานกลาง        |
| 2.9 ท่านต้องการการดูแลเมื่อปัสสาวะ<br>ราดกลางวัน                | 2.82        | 1.54        | ปานกลาง        |
| <b>3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม</b>                              | <b>3.54</b> | <b>1.22</b> | <b>มาก</b>     |
| 3.1 ท่านต้องการการดูแลเมื่อมีกิจกรรม<br>ร่วมกับผู้อื่น          | 3.65        | 1.24        | มาก            |
| 3.2 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องมีส่วน<br>ร่วมกับกิจกรรมของสังคม | 3.59        | 1.29        | มาก            |
| 3.3 ท่านต้องการการช่วยในการจำ<br>บุคคลที่คุ้นเคย                | 3.58        | 1.37        | มาก            |

| ความต้องการการดูแล  | $\bar{x}$   | SD          | ระดับ          |
|---|-------------|-------------|----------------|
| 3.4 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องพูดคุย<br>กับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกของ<br>ตนเอง    | 3.46        | 1.30        | มาก            |
| 3.5 ท่านต้องการการดูแลในการที่จะ<br>บอกความต้องการหรือความ<br>คาดหวังให้บุคคลอื่นทราบ | 3.31        | 1.45        | ปานกลาง        |
| <b>4. ด้านความคิดและความจำ</b>  | <b>3.60</b> | <b>1.30</b> | <b>มาก</b>     |
| 4.1 ท่านต้องการการดูแลในการ<br>ตัดสินใจหรือการวางแผนต่างๆ                             | 3.70        | 1.39        | มาก            |
| 4.2 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้อง<br>ออกไปพบคนแปลกหน้า                                  | 3.56        | 1.43        | มาก            |
| 4.3 ท่านต้องการการดูแลในการจดจำ<br>กิจวัตรประจำวัน                                    | 3.35        | 1.38        | ปานกลาง        |
| <b>5. ด้านพฤติกรรมและจิตใจ</b>  | <b>2.87</b> | <b>0.75</b> | <b>ปานกลาง</b> |
| 5.1 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการ<br>จดจำเส้นทางเพื่อป้องกันการหลง<br>ทาง            | 3.70        | 1.39        | มาก            |
| 5.2 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับ<br>พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง                             | 3.25        | 1.34        | ปานกลาง        |
| 5.3 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับคำพูด<br>ที่ก้าวร้าวรุนแรง                             | 3.24        | 1.39        | ปานกลาง        |
| 5.4 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับ<br>พฤติกรรมการเดินทางไร้จุดหมาย                       | 2.99        | 1.46        | ปานกลาง        |
| 5.5 ท่านต้องการการดูแลในการควบคุม<br>อารมณ์แปรปรวน                                    | 2.98        | 1.38        | ปานกลาง        |
| 5.6 ท่านต้องการการดูแลในเรื่อง<br>พฤติกรรมสับสนวุ่นวาย                                | 2.97        | 1.42        | ปานกลาง        |



| ความต้องการการดูแล  | $\bar{x}$   | SD          | ระดับ          |
|---|-------------|-------------|----------------|
| 5.7 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับ<br>อาการหอบหืด                        | 2.90        | 1.48        | ปานกลาง        |
| 5.8 ท่านต้องการการดูแลในด้านการ<br>นอนหลับพักผ่อน                     | 2.83        | 1.33        | ปานกลาง        |
| 5.9 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับ<br>อาการเห็นภาพหลอน                   | 2.41        | 1.48        | น้อย           |
| 5.10 ท่านต้องการการดูแลในเรื่อง<br>กิจกรรมทางเพศ                      | 2.19        | 1.43        | น้อย           |
| <b>6. ด้านการดูแลบ้าน</b>   | <b>3.53</b> | <b>1.50</b> | <b>มาก</b>     |
| 6.1 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับความ<br>ปลอดภัยในการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า | 3.54        | 1.61        | มาก            |
| 6.2 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการ<br>รักษาความปลอดภัยในบ้าน          | 3.53        | 1.60        | มาก            |
| 6.3 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการ<br>ประกอบอาหาร                     | 3.39        | 1.57        | ปานกลาง        |
| 6.4 ท่านต้องการการช่วยเหลือในการ<br>ทำงานบ้าน                         | 3.31        | 1.55        | ปานกลาง        |
| <b>7. ด้านการใช้ชีวิตในชุมชน</b>                                      | <b>4.08</b> | <b>1.29</b> | <b>มาก</b>     |
| 7.1 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการ<br>รักษาและการรับยา                 | 4.21        | 1.23        | มาก            |
| 7.2 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการใช้<br>ยา                            | 4.13        | 1.30        | มาก            |
| 7.3 ท่านต้องการการดูแลในการ<br>เดินทาง                                | 4.08        | 1.27        | มาก            |
| 7.4 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการ<br>จับจ่ายใช้สอย                    | 3.85        | 1.56        | มาก            |
| <b>รวม</b>  | <b>3.38</b> | <b>1.25</b> | <b>ปานกลาง</b> |

จากตารางที่ 3 พบว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 3.38, S.D. = 1.25) ระดับความต้องการการดูแลที่พบมีเพียง 2 ระดับคือ มากและปานกลาง โดยระดับมาก พบในด้าน1) ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) ความต้องการการดูแลด้านความคิดความจำ 3) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน4) ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน ความต้องการการดูแลที่มีระดับปานกลาง มีดังนี้ 1) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว2) ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ 3) ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ



#### ส่วนที่ 4. การเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับระยะของการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4 แสดงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะแยกตามรายชื่อ

| ความต้องการการดูแล                                     | รวม         | ระยะการเจ็บป่วย                |                            |                               |
|--|-------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
|  |             | ระยะเริ่มต้น<br>$\bar{X}$ (SD) | ระยะกลาง<br>$\bar{X}$ (SD) | ระยะสุดท้าย<br>$\bar{X}$ (SD) |
| <b>1. ด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว</b>            | <b>3.04</b> | <b>3.06(1.49)</b>              | <b>2.86(1.25)</b>          | <b>3.21(1.15)</b>             |
| 1.1 การดูแลด้านด้านสุขภาพกาย                           |             | 2.61(1.27)                     | 3.57(1.43)                 | 4.23(1.19)                    |
| 1.2 การการดูแลเมื่อมีอาการท้องเสียหรือท้องผูก          |             | 2.44(1.13)                     | 2.50(1.07)                 | 3.79(1.58)                    |
| 1.3 การการดูแลเท้า                                     |             | 2.36(1.15)                     | 2.51(1.36)                 | 3.88(1.38)                    |
| 1.4 การดูแลด้านการมองเห็น                              |             | 2.58(0.99)                     | 2.42(1.31)                 | 4.00(1.36)                    |
| 1.5 การดูแลด้านการได้ยิน                               |             | 2.36(1.03)                     | 2.57(1.41)                 | 3.93(1.35)                    |
| 1.6 การดูแลในการเดินในพื้นที่ราบ                       |             | 2.49(1.14)                     | 2.75(1.43)                 | 4.27(1.18)                    |
| 1.7 การดูแลในการก้าว ขึ้น- ลง บันได                    |             | 2.64(1.26)                     | 3.32(1.49)                 | 4.39(1.07)                    |
| 1.8 การดูแลการทรงตัวและการป้องกันหกล้ม                 |             | 2.69(1.18)                     | 3.50(1.54)                 | 4.39(1.07)                    |
| 1.9 การดูแลในการ ลุก-นั่ง เก้าอี้                      |             | 2.43(1.17)                     | 3.07(1.42)                 | 4.18(1.31)                    |
| 1.10 การดูแลในการลุกนั่งจากเตียง                       |             | 2.30(1.19)                     | 2.59(1.47)                 | 4.23(1.28)                    |
| <b>2. ด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ</b>             | <b>3.02</b> | <b>3.01(1.47)</b>              | <b>3.00(1.13)</b>          | <b>3.07(1.35)</b>             |
| 2.1 ท่านต้องการการดูแลในการซักผ้า                      |             | 2.58(1.36)                     | 3.51(1.55)                 | 4.46(1.09)                    |
| 2.2 ท่านต้องการการดูแลในการอาบน้ำ                      |             | 2.24(1.09)                     | 3.21(1.55)                 | 4.06(1.50)                    |
| 2.3 ท่านต้องการการดูแลในด้านสุขภาพฟัน                  |             | 2.21(1.06)                     | 2.29(1.67)                 | 4.23(1.21)                    |
| 2.4 ท่านต้องการการดูแลในการแต่งกาย                     |             | 2.27(1.00)                     | 3.30(1.21)                 | 4.23(1.17)                    |
| 2.5 ท่านต้องการการดูแลในการรับประทานอาหาร              |             | 2.03(1.04)                     | 2.92(1.43)                 | 3.90(1.57)                    |
| 2.6 ท่านต้องการการดูแลในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกาลเทศะ |             | 2.26(1.06)                     | 2.94(1.41)                 | 4.11(1.31)                    |

| ความต้องการการดูแล  | รวม         | ระยะการเจ็บป่วย                    |                            |                                   |
|---|-------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
|   |             | ระยะ<br>เริ่มต้น<br>$\bar{x}$ (SD) | ระยะกลาง<br>$\bar{x}$ (SD) | ระยะ<br>สุดท้าย<br>$\bar{x}$ (SD) |
| 2.7 ท่านต้องการการดูแลเมื่อปีสัปดาห์<br>กลางวัน                                       |             | 2.06(0.93)                         | 2.82(1.49)                 | 3.97(1.65)                        |
| 2.8 ท่านต้องการการดูแลเมื่อปีสัปดาห์<br>กลางคืน                                       |             | 2.12(0.99)                         | 2.78(1.45)                 | 3.97(1.65)                        |
| 2.9 ท่านต้องการการช่วยดูแลความสะอาด<br>ร่างกาย  |             | 2.26(1.21)                         | 3.00(1.40)                 | 4.16(1.32)                        |
| <b>3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม</b>  | <b>3.54</b> | <b>3.61(1.28)</b>                  | <b>3.36(1.19)</b>          | <b>3.63(1.18)</b>                 |
| 3.1 ท่านต้องการการช่วยในการจำบุคคลที่<br>คุ้นเคย                                      |             | 2.96(1.35)                         | 3.67(1.24)                 | 4.39(1.09)                        |
| 3.2 ท่านต้องการการดูแลในการที่จะบอก<br>ความต้องการหรือความคาดหวังให้<br>บุคคลอื่นทราบ |             | 2.58(1.02)                         | 3.34(1.58)                 | 4.39(1.15)                        |
| 3.3 ท่านต้องการการดูแลเมื่อมีกิจกรรม<br>ร่วมกับผู้อื่น                                |             | 3.20(1.12)                         | 3.96(1.18)                 | 3.97(1.29)                        |
| 3.4 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องมีส่วน<br>ร่วมกับกิจกรรมของสังคม                       |             | 3.07(1.18)                         | 3.96(1.18)                 | 3.93(1.31)                        |
| 3.5 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องพูดคุยกับ<br>ผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง        |             | 2.73(1.03)                         | 3.69(1.22)                 | 4.27(1.20)                        |
| <b>4. ด้านความคิดและความจำ</b>  | <b>3.60</b> | <b>3.75(1.32)</b>                  | <b>3.48(1.31)</b>          | <b>3.51(1.26)</b>                 |
| 4.1 ท่านต้องการการดูแลในการตัดสินใจ<br>หรือการวางแผนต่างๆ                             |             | 3.20(1.27)                         | 3.80(1.48)                 | 4.34(1.17)                        |
| 4.2 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องออกไปพบ<br>คนแปลกหน้า                                  |             | 2.96(1.34)                         | 3.75(1.34)                 | 4.23(1.35)                        |
| 4.3 ท่านต้องการการดูแลในการจดจำ<br>กิจวัตรประจำวัน                                    |             | 2.73(1.25)                         | 3.67(1.18)                 | 3.90(1.47)                        |

| ความต้องการการดูแล   | รวม         | ระยะการเจ็บป่วย                    |                            |                                   |
|--|-------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
|  |             | ระยะ<br>เริ่มต้น<br>$\bar{x}$ (SD) | ระยะกลาง<br>$\bar{x}$ (SD) | ระยะ<br>สุดท้าย<br>$\bar{x}$ (SD) |
| <b>5. ด้านพฤติกรรมและจิตใจ</b>   | <b>2.87</b> | <b>2.80(0.69)</b>                  | <b>2.92(0.74)</b>          | <b>2.91(0.85)</b>                 |
| 5.1 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรม<br>การเดินทางไร้จุดหมาย        |             | 2.53(1.18)                         | 3.01(1.51)                 | 3.65(1.17)                        |
| 5.2 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจดจำ<br>เส้นทางเพื่อป้องกันการหลงทาง |             | 3.41(1.44)                         | 3.80(1.22)                 | 4.00(1.48)                        |
| 5.3 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรม<br>ก้าวร้าวรุนแรง              |             | 2.87(1.24)                         | 3.30(1.36)                 | 3.76(1.30)                        |
| 5.4 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับคำพูดที่<br>ก้าวร้าวรุนแรง              |             | 2.83(1.29)                         | 3.30(1.36)                 | 3.79(1.38)                        |
| 5.5 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องกิจกรรม<br>ทางเพศ                        |             | 1.80(0.93)                         | 1.86(1.20)                 | 3.18(1.81)                        |
| 5.6 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องพฤติกรรม<br>สับสนวุ่นวาย                 |             | 2.40(1.20)                         | 2.86(1.42)                 | 3.97(1.20)                        |
| 5.7 ท่านต้องการการดูแลในการควบคุม<br>อารมณ์แปรปรวน                     |             | 2.53(1.14)                         | 2.82(1.43)                 | 3.83(1.30)                        |
| 5.8 ท่านต้องการการดูแลในด้านการนอน<br>หลับพักผ่อน                      |             | 2.24(0.96)                         | 2.69(1.16)                 | 3.88(1.41)                        |
| 5.9 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับอาการ<br>หมกมุ่น                        |             | 2.29(1.08)                         | 3.19(1.53)                 | 3.48(1.62)                        |
| 5.10 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับอาการ<br>เห็นภาพหลอน                   |             | 1.83(1.03)                         | 2.15(1.22)                 | 3.62(1.64)                        |
| <b>6. ด้านการดูแลบ้าน</b>  | <b>3.53</b> | <b>3.82(1.48)</b>                  | <b>3.58(1.47)</b>          | <b>3.02(1.47)</b>                 |
| 6.1 ท่านต้องการการช่วยเหลือในการทำงาน<br>บ้าน                          |             | 2.72(1.31)                         | 3.26(1.64)                 | 4.25(1.32)                        |

| ความต้องการการดูแล  | รวม         | ระยะการเจ็บป่วย                    |                            |                                   |
|---|-------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
|   |             | ระยะ<br>เริ่มต้น<br>$\bar{x}$ (SD) | ระยะกลาง<br>$\bar{x}$ (SD) | ระยะ<br>สุดท้าย<br>$\bar{x}$ (SD) |
| 6.2 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการ<br>ประกอบอาหาร                     |             | 2.95(1.44)                         | 3.30(1.65)                 | 4.16(1.41)                        |
| 6.3 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการรักษา<br>ความปลอดภัยในบ้าน          |             | 3.20(1.63)                         | 3.48(1.61)                 | 4.11(1.43)                        |
| 6.4 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับความ<br>ปลอดภัยในการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า |             | 3.10(1.58)                         | 3.50(1.73)                 | 4.25(1.25)                        |
| <b>7. ด้านการใช้ชีวิตในชุมชน</b>                                      | <b>4.08</b> | <b>4.10(1.45)</b>                  | <b>4.04(1.29)</b>          | <b>4.09(1.02)</b>                 |
| 7.1 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการใช้ยา                                |             | 3.61(1.38)                         | 4.23(1.39)                 | 4.81(0.50)                        |
| 7.2 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการรักษา<br>และการรับยา                 |             | 3.80(1.28)                         | 4.23(1.39)                 | 4.81(0.50)                        |
| 7.3 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการจับจ่าย<br>ใช้สอย                    |             | 3.32(1.56)                         | 4.01(1.56)                 | 4.44(1.33)                        |
| 7.4 ท่านต้องการการดูแลในการเดินทาง                                    |             | 3.73(1.17)                         | 4.21(1.43)                 | 4.44(1.11)                        |
| <b>รวม</b>  | <b>3.38</b> | <b>3.45</b>                        | <b>3.32</b>                | <b>3.35</b>                       |

จากตารางที่ 4 สรุปได้ว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 3 ระยะอยู่ในระดับปานกลาง

โดยผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นมีความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชนสูงสุด ( $\bar{x}$  = 4.10, S.D. = 1.45) รองลงมาคือ ด้านความต้องการด้านการดูแลบ้าน ( $\bar{x}$  = 3.82, S.D. = 1.49) และด้านความต้องการการดูแลด้านความคิดความจำ ( $\bar{x}$  = 3.75, S.D. = 1.32)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง มีความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชนสูงสุด ( $\bar{x}$  = 4.04, S.D. = 1.29) รองลงมาคือ ด้านความต้องการด้านการดูแลบ้าน ( $\bar{x}$  = 3.58, S.D. = 1.47) และด้านความต้องการด้านความคิดความจำ ( $\bar{x}$  = 3.48, S.D. = 1.31)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชนสูงสุด ( $\bar{x}$  = 4.09, S.D. = 1.02) รองลงมาคือ ด้านความต้องการด้านกรมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ( $\bar{x}$  = 3.63, S.D. = 1.18) และด้านความต้องการด้านความคิดความจำ ( $\bar{x}$  = 3.51, S.D. = 1.26) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะแยกตามรายด้าน

| ความต้องการการดูแล                   | SS     | df  | MS   | F    | P    |
|--------------------------------------|--------|-----|------|------|------|
| 1. ด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว | 2.88   | 2   | 1.44 | .82  | .44  |
| Within groups                        | 276.90 | 157 | 1.77 |      |      |
| 2. ด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ  | .19    | 2   | .09  | .05  | .95  |
| Within groups                        | 282.76 | 157 | 1.80 |      |      |
| 3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม          | 2.30   | 2   | 1.15 | .77  | .47  |
| Within groups                        | 235.48 | 157 | 1.50 |      |      |
| 4. ด้านความคิดและความจำ              | 2.49   | 2   | 1.25 | .74  | .48  |
| Within groups                        | 265.91 | 157 | 1.70 |      |      |
| 5. ด้านพฤติกรรมและจิตใจ              | .50    | 2   | .25  | .45  | .64  |
| Within groups                        | 88.77  | 157 | .57  |      |      |
| 6. ด้านการดูแลบ้าน                   | 16.84  | 2   | 8.42 | 3.85 | .02* |
| Within groups                        | 343.01 | 157 | 2.19 |      |      |
| 7. ด้านการใช้ชีวิตในชุมชน            | .13    | 2   | .64  | .38  | .96  |
| Within groups                        | 263.82 | 157 | 1.68 |      |      |

P < .05

จากตารางที่ 5 สรุปได้ว่า ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความต้องการการดูแล ทั้ง 7 ด้านปรากฏว่า ความต้องการการดูแลบ้าน ที่มีค่า  $F = 3.85$  ( $p < .05$ ) ด้านเดียวที่ปฏิเสธสมมติฐานที่ระบุว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 3 ระยะมีค่าเท่ากัน จึงทดสอบรายคู่ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยรายคู่ด้านความต้องการการดูแลบ้านของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย

| ความต้องการการดูแล<br>( $\bar{x}$ ) | ผู้ป่วยสมอง<br>เสื่อม<br>ระยะเริ่มต้น<br>(MD) | ผู้ป่วยสมอง<br>เสื่อม<br>ระยะกลาง<br>(MD) | ผู้ป่วยสมองเสื่อม<br>ระยะสุดท้าย<br>(MD) |
|-------------------------------------|---|---|--|
| ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น(3.82) | -   | .24                                       | .80*                                     |
| ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง (3.58)    | -.24  | -   | .56                                      |
| ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (3.02) | -.80  | -.56                                      | -  |

P < .05

จากตารางที่ 6 ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลรายคู่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้านความต้องการการดูแลบ้าน พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นกับระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันมากที่สุด mean difference = .80 (p = .05)



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกความจำ คลินิกจิตเวชหรือคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 160 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
2. ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอื่น ๆ
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage sampling) โดยการสุ่มโรงพยาบาลและสุ่มจากผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1976) ได้กลุ่มตัวอย่าง 160 รายโดยกำหนดความคลาดเคลื่อนไว้ที่ .05 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล (ตุลาคม 2556 – เมษายน 2557)

#### เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ

### ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental

State Examination Thai Version 2002: MMSE – T 2002) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองที่คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจาก MMSE ของ Folstein et al. (1975) ลักษณะแบบทดสอบมี 11 ข้อ ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นแบบประเมิน

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการประยุกต์จากแนวคิดความต้องการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ McWalter et al. (1994) จำนวนทั้งหมด 45 ข้อ การแปลผลในแต่ละด้านมีคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ระดับไม่ต้องการ ถึงระดับ มากที่สุด

### ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (The Clinical

Dementia Rating: CDR) ของ Morris (1993) แบบประเมินมีทั้งหมด 5 ด้าน แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ระดับ 0 คือไม่มีภาวะสมองเสื่อม จนถึงระดับ 3 คือ สมองเสื่อมระดับรุนแรง ใช้ในการแบ่งระยะการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

### คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ McWalter (1994) นำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานวิจัยด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลหัวหน้าคลินิกสมองเสื่อม 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ได้จากคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบเครื่องมือเท่ากับ .87 จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมิน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficeint) (Burn and Grove, 2001) ซึ่งแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีค่าความเที่ยงที่ .97

นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 รายและนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .98

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการใช้แบบสอบถามหลังได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 160 ราย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนตุลาคม 2556 – เมษายน 2557

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาโรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการดูแลในผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะ วิเคราะห์โดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวแบบวัดซ้ำ (One way Anova) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด จำนวน 160 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 81-90 ปี จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิงร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่เรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.4 มีรายได้พอใช้และมีเก็บสะสม 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.4ทุกคนมีโรคประจำตัว ที่พบส่วนใหญ่คือ มีโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 41 ราย คิด

เป็นร้อยละ 25.6 และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 1-3 ปี 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 45

## 2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.38) พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นมีความต้องการการดูแลมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายและระยะกลาง ตามลำดับ สามารถแบ่งความต้องการออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

### 2.1 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพและการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับปานกลาง

( $\bar{X}$  = 3.41, SD = 1.45) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลการทรงตัวและการป้องกันหกล้ม ( $\bar{X}$  = 3.04, SD = 1.33) รองลงมาคือ การดูแลด้านสุขภาพกาย ( $\bar{X}$  = 3.36, SD = 1.46)

### 2.2 ความต้องการการดูแลด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ

พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.02, SD = 1.33) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลในการซักผ้า ( $\bar{X}$  = 3.39, SD = 1.55) รองลงมา คือ การดูแลในการแต่งกาย ( $\bar{X}$  = 3.13, SD = 1.37)

### 2.3 ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมา มาก ( $\bar{X}$  = 3.54, SD = 1.22) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลเมื่อมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ( $\bar{X}$  = 3.65, SD = 1.24) รองลงมาคือ การดูแลเมื่อมีส่วนร่วมกิจกรรมของสังคม ( $\bar{X}$  = 3.31, SD = 1.24)

### 2.4 ความต้องการการดูแลด้านความคิดและความจำ

พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมา ก ( $\bar{X}$  = 3.60, SD = 1.30) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลในการตัดสินใจหรือการวางแผนต่าง ๆ ( $\bar{X}$  = 3.70, SD = 1.39) รองลงมา คือ การดูแลเมื่อต้องออกไปพบคนแปลกหน้า ( $\bar{X}$  = 3.56, SD = 1.43)

### 2.5 ความต้องการการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจ

พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.87, SD = .75) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลเกี่ยวกับการจดจำเส้นทางเพื่อป้องกันการหลงทาง ( $\bar{X}$  = 3.70, SD = 1.39) รองลงมา คือ การดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ( $\bar{X}$  = 3.25, SD = 1.34)

### 2.6 ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน

พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมา ก ( $\bar{X}$  = 3.53, SD = 1.5) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลเกี่ยวกับความ

ปลอดภัยในการใช้ไฟฟ้า ( $\bar{X}$  = 3.54, SD = 1.61) รองลงมา คือการดูแลเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยในบ้าน ( $\bar{X}$  = 3.53, SD = 1.60)

2.7 **ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน** พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.08, SD = 1.29) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลในเรื่องการรักษาและการรับยา ( $\bar{X}$  = 4.21, SD = 1.23) รองลงมา คือ การดูแลในเรื่องการใช้จ่าย ( $\bar{X}$  = 4.13, SD = 1.30)

3. **ผลการวิเคราะห์ระยะการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม** เพื่อแยกระยะของภาวะสมองเสื่อมพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น สูงสุด 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง มี 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 และผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย มี 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.9 ตามลำดับ

#### 4. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมเมื่อจำแนกในแต่ละระยะ พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 3.45) รองลงมาคือระยะสุดท้าย ( $\bar{X}$  = 3.35) และระยะปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.32) ตามลำดับ

4.1 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีความต้องการการดูแลมากที่สุดในด้าน การใช้ชีวิตในชุมชน ( $\bar{X}$  = 4.10, S.D. = 1.45) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลในเรื่องการรักษาและการรับยา ( $\bar{X}$  = 3.80) รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน ( $\bar{X}$  = 3.82, S.D. = 1.49) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยในบ้าน ( $\bar{X}$  = 3.20) และด้านความคิดความจำ ( $\bar{X}$  = 3.75, S.D. = 1.32) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลในการตัดสินใจหรือการวางแผนต่าง ๆ ( $\bar{X}$  = 3.20) ตามลำดับ

4.2 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีความต้องการการดูแลมากที่สุดในด้าน การใช้ชีวิตในชุมชน ( $\bar{X}$  = 4.04, S.D. = 1.29) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การดูแลในเรื่องการใช้จ่ายและการรักษาและการรับยา ( $\bar{X}$  = 4.23) รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลด้านการดูแลบ้าน ( $\bar{X}$  = 3.58, S.D. = 1.47) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลในเรื่องความปลอดภัยในการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า ( $\bar{X}$  = 3.50) และด้านความคิดความจำ ( $\bar{X}$  = 3.48, S.D. = 1.31) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลในการตัดสินใจหรือการวางแผนต่าง ๆ ( $\bar{X}$  = 3.80) ตามลำดับ

4.3 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง พบว่ามีความต้องการการดูแลมากที่สุดในด้าน การใช้ชีวิตในชุมชน ( $\bar{X} = 4.09$ , S.D. = 1.02) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลในเรื่องการใช้ยาและการรักษาและการรับยา ( $\bar{X} = 4.81$ ) รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ( $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 1.18) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การช่วยในการจำบุคคลที่คุ้นเคยและการดูแลในการที่จะบอกความต้องการหรือความคาดหวังให้บุคคลอื่นทราบ ( $\bar{X} = 4.39$ ) และด้านความคิดความจำ ( $\bar{X} = 3.51$ , S.D. = 1.26) เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดูแลในการตัดสินใจหรือการวางแผนต่าง ๆ ( $\bar{X} = 4.34$ ) ตามลำดับ

### 5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะ

ผลการทดสอบความแตกต่างของความต้องการการดูแลทั้ง 7 ด้าน ของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน รองลงมาคือด้านความคิดความจำและด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลทั้ง 7 ด้าน ของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ พบว่า ความต้องการด้านการดูแลที่บ้านเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05  $F = 3.85$  ( $p < .05$ )

เมื่อทดสอบความต้องการการดูแลรายคู่ของผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านความต้องการการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นกับระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันมากที่สุด mean difference = .80 ( $p = .05$ )

### การอภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย โดยสามารถสรุปและอภิปรายผล ดังนี้

#### 1. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากผลการวิจัย พบว่า ความต้องการการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.38$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ร่วมวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระยะของสมองเสื่อมระยะต้น ซึ่งพบร้อยละ 40.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้ แต่อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ไขปัญหาชีวิต (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2554) ซึ่งงานวิจัยของ Rother (2003)

กล่าวว่า คะแนนสมรรถภาพสมองที่ลดลง ผู้ป่วยจะมีภาวะพึ่งพาสูงขึ้นและมีระดับความต้องการการดูแลที่สูงขึ้น ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบมาก มีดังนี้

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน เพื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ความต้องการการดูแลในการรักษาและรับยาพบในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาในด้านความจำ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ความคิดสร้างสรรค์เริ่มแยลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2556) มีการบกพร่องด้านการรับรู้เข้าใจปัญหาหลาย ๆ อย่าง (Fadil et al., 2009) ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลในกิจกรรมที่สัมพันธ์กับ ความคิด ความจำ การตัดสินใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการการช่วยเหลือในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ (Chung, 2006) จึงอาจเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในด้านนี้สูงที่สุด

ความต้องการการดูแลที่พบบรองลงมา คือ ด้านความคิดความจำเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวตนเองเสียความทรงจำมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานเสื่อมลง จะรู้สึกกดดันและเครียดสูง เพราะมีความพยายามที่จะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้ เกิดความรู้สึกโกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่น กลัวการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2544) ผู้ป่วยสื่อสารได้ยากขึ้นและมีทิศทางเป็นการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Bedalov & Patricia, 2000) ทำให้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการช่วยจดจำสิ่งต่าง ๆ (Reisberg et al. (1982) และ Deleon & Reisberg (1999)

ความต้องการการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พบมากเป็นอันดับ 3 ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2545) สถานภาพทางสังคมเสีย (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2534) ทำให้บทบาทในสังคมลดลง (Cohen-Manseld et al., 2000) ใช้ชีวิตนอกบ้านน้อยลง (Bandler, 2012) แต่ผู้ป่วยยังต้องการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม (Chung, 2006) อาจทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในด้านนี้อยู่ในระดับสูง

## 2. เปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระยะ

จากความต้องการการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณาในแต่ละระยะ พบว่า

2.1 ในระยะเริ่มต้นมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.45$ ) โดยพบว่ามีความต้องการด้านการดูแลในด้านการใช้ชีวิตในชุมชนสูงที่สุด ในรายข้อ พบมีความต้องการการดูแลเรื่องการใช้จ่าย และความต้องการการดูแลเรื่องการรักษาและการรับยาสูงสุดสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Green et al. (2012) ที่พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยจะมีภาวะพึ่งพาด้านการใช้ชีวิตในสังคมและต้องการให้มีคนดูแลทั้งทางด้านการใช้ชีวิตในสังคมและด้านบุคลิกภาพ Chung (2006) กล่าวว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการการช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งความสามารถ ในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม รองลงมาคือ ด้านพฤติกรรมและจิตใจ ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจดจำเส้นทางเพื่อป้องกันการหลงทางและด้านความคิดและความจำ ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลด้านการตัดสินใจและการวางแผน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chung (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในด้านที่สัมพันธ์กับความคิด ความจำ การตัดสินใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) Reisberg et al. (1982) และ Deleon & Reisberg. (1999) พบว่า ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการช่วยจดจำสิ่งต่าง ๆ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลเมื่อต้องมามีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียสถานภาพทางสังคม (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2534) ไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Schroeter et al., 2011)

2.2 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลาง มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลางกลาง ( $\bar{x}$  = 3.32) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Reisberg et al. (1982) และของ Deleon & Reisberg. (1999) ที่พบว่า ในระยะกลางผู้ป่วยสูญเสียความจำมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ออก (Reisberg et al., 1982; Deleon & Reisberg, 1999) มีบุคลิกภาพเปลี่ยน สูญเสียทักษะการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ออก และมีปัญหาด้านพฤติกรรม (Bergener & Twigg, 2002) ผู้ป่วยจะมีความต้องการการดูแลเพื่อควบคุมอาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมของตน (Chung, 2006)

ในระยะนี้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชนสูงสุด ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลเรื่องการใช้จ่าย และความต้องการการดูแลเรื่องการรักษาและการรับยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยสูญเสียทักษะการใช้ภาษา นึกคำพูดไม่ออก และมีปัญหาด้านพฤติกรรม (Bergener & Twigg, 2002) รองลงมาคือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลเมื่อมามีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและความต้องการการดูแลเมื่อต้องมีส่วนร่วมกิจกรรมของสังคม ด้านความคิดและความจำ ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลในการตัดสินใจหรือการวางแผนต่าง ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ข่าวสารปัญญาหายไป (Fadil et al., 2009) และด้านพฤติกรรมและจิตใจ ในรายชื่อ พบมีความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจดจำเส้นทางเพื่อป้องกันการหลงทาง ตามลำดับด้วยกลุ่มทั้งหมดยังอยู่ที่บ้านในชุมชน ไม่ใช่สถานบริการ ยังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สับสนมากนัก หรือมีสมาชิกในครอบครัวหลายคนมาช่วยแบ่งเบาภาระกัน จึงทำให้ความต้องการการดูแลในระยะนี้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น



2.3 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง กลาง ( $\bar{X} = 3.35$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rothera (2003) ที่พบว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายจะมีภาวะพึ่งพาสูงและมีความต้องการการดูแลสูงมากขึ้น วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2556) กล่าวว่า เมื่อภาวะสมองเสื่อมมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น แต่จากการศึกษานี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยได้ทำแบบสอบถามกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแทน ร้อยละ 90 มีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกและคู่สมรส ซึ่งใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาไม่ได้จ้างผู้ดูแล มีความรัก ความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยในระยะนี้มีมักนอนติดเตียง ไม่มีอาการด้านพฤติกรรมกลับดูแลง่ายมากขึ้นจึงอาจทำให้ระดับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะนี้ไม่สูงมาก

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่ร่วมวิจัยนี้พบมีความต้องการด้านการใช้ชีวิต ในชุมชนสูงที่สุดเมื่อพิจารณาในรายข้อพบมีความต้องการการดูแลเรื่องการใช้จ่าย และความต้องการการดูแลเรื่องการรักษาและการรับยา เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ รองลงมาคือ ด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ ในรายข้อ พบมีความต้องการการดูแลในการซักล้าง เช่น ซักผ้าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายจะต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด (Kobayashi et al., 2004) ด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว ในรายข้อ พบมีความต้องการการดูแลในการทรงตัวและการป้องกันหกล้ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้คิด ไม่สามารถพูด หรือสื่อสารได้ จึงมีความต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด เช่น การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยของตน (Reisberg et al., 1982; Deleon & Reisberg, 1999) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบมีความต้องการการดูแลที่จะบอกความต้องการหรือความคาดหวังให้บุคคลอื่น และต้องการการดูแลในการจำบุคคลที่คุ้นเคย ตามลำดับ

### 3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละระยะ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต้นกับระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลต่างกันในด้านารดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rothera (2003) และ Kobayashi et al. (2004) ที่พบว่า ระดับภาวะพึ่งพาและความต้องการการดูแลจะเพิ่มขึ้นตามระยะการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากเนื่องจากในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่สามารถพูด หรือสื่อสารได้ จึงมีความต้องการการดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด (Reisberg et al., 1982; Deleon & Reisberg, 1999) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้นยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลงลืมไม่มากนัก จึงมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในรายข้อที่พบความแตกต่างกันมากที่สุด คือ การช่วยเหลือในการทำงานบ้านและการดูแลเกี่ยวกับการประกอบอาหาร

## ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ว่างานวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่า ในรายด้านที่มีระดับความต้องการการดูแลในระดับมาก คือ ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน ด้านความคิดความจำและด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ในโอกาสที่ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) จำนวนประชากรสูงอายุที่มากขึ้นรวมกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้น อาจทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังนั้นผลการวิจัยของงานวิจัยนี้จะสามารถเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและมาตรฐานที่ดีนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงนำไปสู่ข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 3 ระยะ คือ ด้านการดูแลในชุมชนคือการดูแลเรื่องการใช้จ่าย การรักษาและการรับยา ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการตอบสนองความต้องการให้ครบทุกด้านให้มากที่สุด

### 2. ด้านการบริหารการพยาบาล

จากการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน โดยเฉพาะด้านการใช้จ่ายและบริหารยา

### 3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามความต้องการการดูแลนั้นว่าได้รับการตอบสนอง หรือยัง ไม่ได้รับการตอบสนองเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการดูแล

3.3 ควรประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งที่อยู่ในชุมชน สถานดูแลระยะยาวทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3.4 ควรมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแล จากการพูดคุย พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

#### 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 รัฐบาลควรมีการจัดสถานดูแลระยะยาวหรือสถานบริบาลในรายที่มีปัญหาความต้องการการดูแล

4.2 ควรมีการอบรมผู้ช่วยดูแลเพิ่มเติม เพื่อมาพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละระดับ เนื่องจากเป็นผู้ที่บริการดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด



## รายการอ้างอิง

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อม: โรคหรือวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์ คบไฟ.
- กิตติ ลิ้มอภิชาติ. (2543). ความจำเสื่อม. ใน *ประสาทวิทยาพื้นฐาน* (หน้า 242 - 251). กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภากการพิมพ์.
- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4): 462-499.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.
- दनัย ธีวันดา และ มลลณี แสนใจ. (2545). บทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความ ต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://www.advisor.anamaimoph.go.th>. [24 มกราคม 2556].
- ธนันต์ แสงสีดา. (2552). *สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม: การศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยในเขต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเคหะพัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กทม.
- นภาพร ชัยวรรณ. (2551). *สารพันความรู้ประชากร วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย*. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://www.cps.chula.ac.th>. [2 กุมภาพันธ์ 2556].
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2543). การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์. ใน กัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ), *สมองเสื่อม: โรคหรือวัย*, หน้า 55. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- นิตติยา น้อยสีภูมิ. (2553). *การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษาราย กรณีเชิงคุณภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นายรุ่งโรจน์ วงศ์โย. (2008). *ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับเด็กในชุมชนภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การศึกษานอกระบบ). คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2528). *โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. เชียงใหม่: พระสิงห์การพิมพ์.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2555). *การประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://www.gotoknow.org>. [10 มกราคม 2556].
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย: หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิช และ มาโนช หล่อตระกูล. (2556). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV*. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://www.ramamental.com/noncat/diagnosis/>. [16 กุมภาพันธ์ 2556].
- พัชรินทร์ คมขำ. (2552). *ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พาวุฒิ เมฆวิชัยและ สุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 58(1): 101-110.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2550). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2555). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- ยุทธ ไกรวรรณ. (2544). *สถิติสำหรับการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือราชภัฏพระนคร.
- วรรณพรณ เสนาณรงค์. (2553). *ภาวะสมองเสื่อม*. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://www.si.mahi> [11 กุมภาพันธ์ 2556].
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2556). *โรคอัลไซเมอร์*. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://th.wikipedia.org>. [16 กุมภาพันธ์ 2556].
- วิชัยเอกพลาการ. (2552). บรรณาธิการ. *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 256.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2546). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. 4(1): 10-19.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. หน้า 125-157 ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). ระบาดวิทยาและการศึกษาวิจัยด้านภาวะสมองเสื่อม. หน้า 1 ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางแก้ไข*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2555). Nursing care and nursing management for people with dementia. หนังสือประกอบการอบรมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2555 สมาคมพญาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่อง สมองเสื่อมในประเทศไทย เรื่อง การจัดการและดูแลที่ดี. ระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2555. ณ โรงแรมวันนา. กรุงเทพมหานคร.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. *การประเมินผลโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541. เอกสารสถาบันหมายเลข 265/41 หน้า 44 และหน้า 58
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2542). กลุ่มอาการสมองเสื่อม. ในประชากรสูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). *ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2546). *การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2555). *สรุปการประชุมระดับกรมสมองเพื่อพัฒนา นโยบายการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย 31 สิงหาคม 2554*. กรุงเทพฯ: เดอะ กราฟฟิโก ซิสเต็มจำกัด.
- สตรีรัตน์ อ่อนสนิท. (2552). ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยนอกที่มาปรึกษาด้วยอาการหลงลืม. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน* 8(1):51-63.
- สิรินธร ฉันทศิริกาญจน. (2549). ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. สืบค้นได้จาก: <http://www.bangkokbiznews.com>. [24 พฤศจิกายน 2555].
- สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล. *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 2544. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุธีรา นัยจันทร์. (2530). การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ใช้บริการทางสังคมผู้สูงอายุติดเตียงและครอบครัวสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้านอาการพฤติกรรม. หนังสือประกอบการอบรมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2555 สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่อง สมองเสื่อมในประเทศไทย เรื่อง การจัดการและดูแลที่ดี. ระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2555. ณ โรงแรมวันนา. กรุงเทพมหานคร.
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2555). Nonpharmacologic treatment of psychiatric and behavior problems in patient with Alzheimer's disease. หนังสือประกอบการอบรมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2555 สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่อง สมองเสื่อมในประเทศไทย เรื่อง การจัดการและดูแลที่ดี. ระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2555. ณ โรงแรมวันนา. กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2539). ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ: การสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539: 142.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(2): 3-4.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2539). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537. กรุงเทพฯ. ตารางสถิติหน้า 14-16.
- อรษา มณีชน. ( 2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ไม่ปรากฏโรงพิมพ์.
- อุดมลักษณ์ สุภาวงศ์. (2547). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Alzheimer's Association—South Central Wisconsin Chapter. (2004). ). "Planning guide for dementia care at Home: A reference tool for care managers". [online]. Available from: <http://www.dhs.wisconsin.gov/aging/dementia/adl.pdf>. [1 มีนาคม 2556].

- Alzheimer's Disease International (ADI). (2008). *The prevalence of dementia worldwide*. London: ADI.
- Bandler, D. (2012). *Living with dementia: A person - centered experience*. Global perspective. London: Alzheimer's Disease International (ADI)
- Beck C., Lori Frank, F., Chumbler, N. R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T. S., Rasin, J. Walls, R. et al. (1989). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *The Gerontological Society of America*. 38(2): 189-198.
- Begley, C. (1973). Occupational class and symptoms of depression. *Soc. Sci. & Med*, 7, 327-340.
- Bradshaw J. (1972). A taxonomy of social need. in McLachlan G (ed.) *Problems and progress in medical care*. Seventh series NPHT/Open University Press.
- Burgener, S. & Twigg, P. (2002). Relationships among caregiver factors and quality of life in care recipients with irreversible dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16(2): 88-102.
- Carla, J. M., Scholzel-Dorembos., Meeuwssen, J. E., Marcel. G. M. & Rikkert, O. (2010). Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. *Aging & Mental Health*. 14 (1): 113-119.
- Chung, J. C. C. (2006). Care needs assessment of older Chinese individuals with dementia of Hong Kong. *Aging & Mental Health*. 10 (6), 631-637.
- Cohen - Mansfield, J. (1986). Agitated behaviours in the elderly: A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10), 711-721.
- Cohen – Mansfield, J., Billig, N., Lipson, S., & Rosenthal, A. S. (1990). Medical correlates of agitation in nursing home residents. *Gerontology*, 36, 150-158.
- Cohen-Manseld, J., Golander, H. & Arnheim, G. (2000). Self-identity in older persons suffering from dementia: Preliminary results. *Social Science & Medicine*, 51, 381-394.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Freedman, L.S., Murad, H., Thein, K. & Dakheel-Ali, M. (2012). What affects pleasure in persons with advanced stage dementia?. *Journal of Psychiatric Research*, 46 , 402-406.



- Conwinsky, Kenneth, E., Yeffe, & Kristine. (2004). Dementia, Prognosis, and the needs of patients and caregivers. *Annals of International Medicine*, 140(7), 573-574.
- David, P. & Grahama, M. E. (2005 ). Self-reported awareness of performance in dementia. *Cognitive Brain Research*, 25: 144 – 152.
- Donabedian, A. (1974). *Aspects of Medical Care Administration*. Harvard University Press: Cambridge, Mass.
- Ebersole, P.& Hess, P. (2010). Ebersole & Hess's Gerontological Healthy Aging 3rd. Mosby Company; USA. pp 4-7.
- Fedil, H., Borazanci, A., Haddou, E. A. B., Yahyaoui, M., Korniyuchuk, E., Jaffe, S., & Minagar, A. (2009). Early onset dementia. *International Review of Neurobiology* 81: 245-262.
- Farouk Radwan. (2006). Unmet needs psychology. [Online]Available from: [http://www.2knowmyself.com/Unmet\\_needs\\_psychology](http://www.2knowmyself.com/Unmet_needs_psychology). [25 เมษายน 2556].
- Forstl, H.& Kurz, A. (1999). Clinical features of Alzheimer's disease. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 249 (6): 288–290.
- Futeran, F.& Draper, B. M. (2012).An examination of the needs of older patient with chronic mental illness in public mental health services. *Aging & Mental Health*, 16(3), 327-334.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. N. & Newcomer, R. (2005). Unmet care needs and key outcomes in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(12), 2098-2105.
- Green, T., Smith, E., Hogan, D., Pearson, D. & Roach, P. (2012). Early-onset Dementia: Needs of patient and carers in the early diagnostic stage. *Alzheimer's and Dementia*, 8(4),382. University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada.
- Gruber-Baldini, A. L., Boustani, M., & Zimmerman, S. (2004). Behavioral symptoms in residential care/assisted living facilities: Prevalence, risk factors, and medication management. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1610-1617.
- Holmen, K., Ericsson, K. & Winblad, B. (2000). Social and Emotion loneliness among non-demented and demented elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (31): 177-192.

- Hsieh, C-J., Chang, C., Su, S-F., Hsiao, Y-L., Shin, Y-W., Han, W-H, & Lin, C-C. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *J Exp Clin Med* 2(2): 72-78.
- Kang, H. (2012). Correlates of social engagement in nursing home residents with dementia. *Asian Nursing Research* 6: 75-81.
- Korczyn, A. D. & Halperrin, I. (2009). Depression and dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 139-142.
- Lehmann, S. W., Black, B. S., Shore, A., Kasper, J. & Rabins, P. V. (2010) Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. *International Psychogeriatrics*, 22(5): 778-784.
- Maloney, L. R. (2009). *Loneliness, self-esteem, cognition, physical functioning, and nursing home satisfaction as predictors of depression*. Marquette University).
- Marra, T. A., Pereira, D. S., Faria, C. D., Tirado, M. G. A., & Pereira, L. S. M. (2011). Influence Of Socio - demographic, clinical and functional factors on the severity of dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53: 210-215.
- Maslow, A. H. (1971). *The Father Reaches of Human Nature*. Library of congress cataloging in publication data, USA.
- Mastwyk, M. T. (2012). The expectations and experience of a diagnosis of dementia: lessons from patients and families. [online]. Available from: <http://repository.unimelb.edu.au/10187/16121>. [6 มีนาคม 2556].
- Matthew, G. K. (1971). *Measuring need and evaluating services*. In Portfolio for Health: Problems and Progress in Medical Care, sixth series. Edited by G. McLachlan. Oxford University Press: London.
- Matsuzawa, D. & Shirayama, Y. (2009). Evaluating the cognitive decline in early-stage frontotemporal dementia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 33: 1077-1079.
- Meaney, A. M., Croke, M. & Kirby, M. (2005). Needs assessment in dementia. *International Journal Of Geriatric Psychiatry* 20: 322-329.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B. & Orrell, M. (2010). People with dementia living alone: What are their needs and what kind of support are they receiving?. *International Psychogeriatrics* 22(4): 607-617.

- Miranda-Castillo, C., Woods, B. & Orrell, M., Galboda, K., Oomman, S., & Olojugba, C. (2010). Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home. *Health and Quality of life Outcome* 12(8): 132.
- Norton, M. J., Allen, R. S., Snow, A. L., Hardin, J. M. & Burgio, L. D. (2010). Predictors of need-driven behaviors in nursing home residents with dementia and associated certified nursing assistant burden. *Aging & Mental Health*. 10 (6), 631-637.
- O'Connor, D. A. P., Phinney, A. & Hulko, W. (2010). Dementia at the intersections: A unique case study exploring social location. *Journal of Aging Studies* 24: 30-39.
- Walters, K., Iliffe, S., & Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice*, 18, 277–282.
- Morris, J. C. (1993). Stages of Dementia . [online]. Available from: <http://www.dementiacarecentral.com/node/540Suanborg>. [28 เมษายน 2556].
- Orrell, M., Hancock, G. A., Galboda, K. C., Liyanage, Woods, B., Challis, D., et al.(2008). The needs of people with dementia in care home: The perspectives of users, staff and family caregiver. *International Psychogeriatrics* 20(5): 941-951.
- Reisberg, B.& DeLeon, M. J. (1999). Stages of Dementia. [online]. Available from: <http://www.dementiacarecentral.com/node/540Suanborg>. [28 เมษายน 2556].
- Starkstein, S. E. (2007). The construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 42-49.
- Steinberg, M., Corcoran, C., Tschan, J. T., Huber, C., Welsh-Bohmer, K., Norton, M. C., et al. (2006). Risk factors for neuropsychiatric symptoms in dementia: The Cache County study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 824-830.
- Tezuka, K., Meguru, K., Akanuma, K., Tanaka, N., Ishii, H. & Yamaguchi, S. (2011). Overestimation of self-reported activities of daily living in vascular dementia patients with a right hemisphere lesion. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 1-6.
- Wanda, T., Ishine, M., Sakagami, T., Okumiya, K., Fujisawa, M., Murakami, S., et al. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. *Arch. Gerontol. Geriatr* 39: 15-23.

Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H. J., Hong, G. S., Decicco, B., et al. (2008). Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *The Gerontological Society of America* 48(6): 721-731.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.นพ. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง

อาจารย์ ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

2. พ.อ. นพ. เฉลิมชาติ วรรณพุกษ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เดอะซีเนียร์

3. พว.จินตนา ฉัตรกุลกวิน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าคลินิกสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา

4. นางสาวปรียาพร จันทร์โธทาน

นักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

5. ผศ.ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม  
ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางอภิญญา บุญเพ็ง

สถานที่ติดต่อ 965/21 หมู่บ้านพฤษภาวิไล 16 ถ. รังสิต- นครนายก ตำบล  
ประชาธิปไตย

อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

โทรศัพท์ 08-18186046 E-mail: nokyako@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการ  
วิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

โครงการนี้เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น  
ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

#### 1. มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1 เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการ  
การตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนอง

1.2 เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น  
ระยะกลาง และระยะสุดท้าย

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ  
ผู้ดูแล ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

#### 3. แบบสอบถามทั้งหมด มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State  
Examination Thai Version 2002: MMSE – Thai 2002)

3.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.4 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

4. ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏข้อมูลหรือสิ่งที่เป็นความเสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตราย  
ใด ๆ แก่ท่านและไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาแต่อย่างใด เพียงแต่ท่านต้องเสียสละ  
เวลาในการตอบแบบสอบถาม

5. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม  
หรือสามารถถอนตัวจากการโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้ง  
นี้จะไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาที่ท่านพึงจะได้รับ

6. ไม่มีคำตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น  
ระยะ

กลาง และระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางอภิญา บุญเพ็ง

สถานที่ติดต่อ 965/21หมู่บ้านพฤกษาริวิล์16 ถ. รังสิต- นครนายก ตำบลประชาธิปัตย์  
อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

โทรศัพท์ 08-18186046 E-mail: nokyako@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย  
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และ  
ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอน  
ตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ  
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสาร  
ชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ  
โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะ  
นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสภา  
บัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนน  
พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร  
0-2218-8147 E-mail:eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร  
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ( ) ลงในวงเล็บข้อความต่อไปนี้

#### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) อายุ.....ปี
- 2) เพศ  ชาย  หญิง
- 3) สถานภาพสมรส  โสด  คู่
- 4) อาชีพ  ทำงานบ้าน  รับจ้าง  
 ค้าขาย  รับราชการ  
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานเอกชน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 5) รายได้  พอใช้และมีเก็บสะสม  พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม  
 ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน  ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
- 6) ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา/ ปวช.  อนุปริญญา/ ปวส.  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 7) โรคประจำตัว(ระบุ) .....
- 8) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ..... ปี ..... เดือน

### แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

#### 1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- |                        |       |                          |
|------------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้วันอะไร      | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร  | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร        | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร      | ..... | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ..ชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ- เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

#### 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดียว ผม(ดิฉัน) ถามซ้ำ

- การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้
- แม่น้ำ
- รถไฟ

- ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ อย่าลืมหาว่าผู้สูงอายุคิดเลขในใจเป็นหรือไม่

4.1 ให้เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ ผลลัพธ์เท่าไร

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกแลผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ

4.2 ผม, ดิฉัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้ฟังแล้วสะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลัง

ไปตัวแรก คำว่า มะนาวสะกด ว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนุ-สระอา-วอ แหวน แล้วให้ลองสะกดถอยหลังให้ฟัง

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้ เรียกว่าอะไร”

ชี้นำพิกาะข้อ่มือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของ” สิ่งนี้เรียกว่าอะไร” MMSE-T:

7. Repetition (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังให้ดี จะพูดข้อความเพียงครั้งเดียว แล้วพูดตาม ให้เหมือน

“ใครใครขายไก่ไข่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

ให้รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

รับด้วยมือขวา  พับครึ่ง  วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม

9. Written Command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือต้องการให้คุณ(ตา/ยาย) อ่านแล้วทำตาม จะอ่าน

ออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

10. Writing (1 คะแนน)



ให้ผู้ถูกทดสอบเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้ เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค

### 11. Visuoconstruction(1 คะแนน)

ให้วาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง



คะแนนรวม.....

### หลับตา

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

| ระดับการศึกษา  | คะแนน  |                               |
|--|--------|-------------------------------|
|  | จุดตัด | เต็ม                          |
| ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ<br>(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) | ≤ 14   | 23<br>(ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) |
| ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา                           | ≤ 17   | 30                            |
| ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา                    | ≤ 22   | 30                            |

แบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม

| ความต้องการการดูแล  | แบบ ประเมินความต้องการการดูแล ของ<br>ผู้ป่วย สมองเสื่อม |     |             |      |                |
|---|---|-----|-------------|------|----------------|
|   | ระดับ   |     |             |      |                |
|   | มากที่สุด   | มาก | ปาน<br>กลาง | น้อย | ไม่<br>ต้องการ |
| 1) ด้านสุขภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว                      |   |     |             |      |                |
| 1.1. ท่านต้องการการดูแลด้านสุขภาพกาย                      |   |     |             |      |                |
| 1.2 ท่านต้องการการดูแลเมื่อมีอาการ<br>ท้องเสียหรือท้องผูก |   |     |             |      |                |
| 1.3 ท่านต้องการการดูแลทำ                                  |   |     |             |      |                |
| 1.4 ท่านต้องการการดูแลด้านการมองเห็น                      |   |     |             |      |                |
| 1.5 ท่านต้องการการดูแลด้านการได้ยิน                       |   |     |             |      |                |
| 1.6 ท่านต้องการการดูแลในการเดินในพื้น<br>ราบ              |   |     |             |      |                |
| 1.7 ท่านต้องการการดูแลในการก้าว ขึ้น- ลง<br>บันได         |   |     |             |      |                |
| 1.8 ท่านต้องการการดูแลด้านการทรงตัวและ<br>การป้องกันหกล้ม |   |     |             |      |                |
| 1.9 ท่านต้องการการดูแลในการ ลุก-นั่ง<br>เก้าอี้           |   |     |             |      |                |
| 1.10 ท่านต้องการการดูแลในการลุกนั่งจาก<br>เตียง           |   |     |             |      |                |
| 2) ด้านการดูแลตนเองและการใช้ห้องน้ำ                       |   |     |             |      |                |
| 2.1 ท่านต้องการการดูแลในการซักผ้า                         |   |     |             |      |                |
| 2.2 ท่านต้องการการดูแลในการอาบน้ำ                         |   |     |             |      |                |

| ความต้องการการดูแล  | แบบ ประเมินความต้องการการดูแล ของ<br>ผู้ป่วย สมองเสียม |     |             |      |                |
|---|--|-----|-------------|------|----------------|
|   | ระดับ  |     |             |      |                |
|   | มากที่สุด  | มาก | ปาน<br>กลาง | น้อย | ไม่<br>ต้องการ |
| 2.3 ท่านต้องการการดูแลในด้านสุขภาพฟัน   |  |     |             |      |                |
| 2.4 ท่านต้องการการดูแลในด้านการแต่งกาย  |  |     |             |      |                |
| 2.5 ท่านต้องการการดูแลในการรับประทานอาหาร   |  |     |             |      |                |
| 2.6 ท่านต้องการการดูแลในด้านการปฏิบัติ<br>ตัวให้เหมาะสมกาลเทศะ                        |  |     |             |      |                |
| 2.7 ท่านต้องการการดูแลเมื่อปัสสาวะรด<br>กลางวัน                                       |  |     |             |      |                |
| 2.8 ท่านต้องการการดูแลเมื่อปัสสาวะรด<br>กลางคืน                                       |  |     |             |      |                |
| 2.9 ท่านต้องการการช่วยดูแลความสะอาด<br>ร่างกาย  |  |     |             |      |                |
| 3) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม   |  |     |             |      |                |
| 3.1 ท่านต้องการการช่วยในการจำบุคคลที่<br>คุ้นเคย                                      |  |     |             |      |                |
| 3.2 ท่านต้องการการดูแลในการที่จะบอก<br>ความต้องการหรือความคาดหวังให้<br>บุคคลอื่นทราบ |  |     |             |      |                |
| 3.3 ท่านต้องการการดูแลเมื่อมีกิจกรรม<br>ร่วมกับผู้อื่น                                |  |     |             |      |                |
| 3.4 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องมีส่วน<br>ร่วมกับกิจกรรมของสังคม                       |  |     |             |      |                |

| ความต้องการการดูแล   | แบบ ประเมินความต้องการการดูแล ของ ผู้ป่วย สมองเสียม |     |         |      |            |
|--|---|-----|---------|------|------------|
|  | ระดับ   |     |         |      |            |
|  | มากที่สุด   | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่ต้องการ |
| 3.5 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง |   |     |         |      |            |
| 4) ด้านความคิดและความจำ  |   |     |         |      |            |
| 4.1 ท่านต้องการการดูแลในการตัดสินใจหรือการวางแผนต่างๆ                      |   |     |         |      |            |
| 4.2 ท่านต้องการการดูแลเมื่อต้องออกไปพบคนแปลกหน้า                           |   |     |         |      |            |
| 4.3 ท่านต้องการการดูแลในการจดจำกิจวัตรประจำวัน                             |   |     |         |      |            |
| 5) ด้านพฤติกรรมและจิตใจ  |   |     |         |      |            |
| 5.1 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรม การเดิน                            |   |     |         |      |            |
| 5.2 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจดจำเส้นทางเพื่อป้องกันการหลงทาง         |   |     |         |      |            |
| 5.3 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง                      |   |     |         |      |            |
| 5.4 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับคำพูดที่ก้าวร้าวรุนแรง                      |   |     |         |      |            |
| 5.5 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องกิจกรรมทางเพศ                                |   |     |         |      |            |
| 5.6 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องพฤติกรรมสับสนวุ่นวาย                         |   |     |         |      |            |

| ความต้องการการดูแล  | แบบ ประเมินความต้องการการดูแล ของ<br>ผู้ป่วย สมองเสียม |     |             |      |                |
|---|--|-----|-------------|------|----------------|
|   | ระดับ  |     |             |      |                |
|   | มากที่สุด  | มาก | ปาน<br>กลาง | น้อย | ไม่<br>ต้องการ |
| 5.7 ท่านต้องการการดูแลในการควบคุม<br>อาการแพ้ปรวน                     |  |     |             |      |                |
| 5.8 ท่านต้องการการดูแลในด้านการนอน<br>หลับพักผ่อน                     |  |     |             |      |                |
| 5.9 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับอาการ<br>หอบหืด                        |  |     |             |      |                |
| 5.10 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับอาการ<br>เห็นภาพหลอน                  |  |     |             |      |                |
| 6) ด้านการดูแลบ้าน  |  |     |             |      |                |
| 6.1 ท่านต้องการการช่วยเหลือในการทำงาน<br>บ้าน                         |  |     |             |      |                |
| 6.2 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการ<br>ประกอบอาหาร                     |  |     |             |      |                |
| 6.3 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการรักษา<br>ความปลอดภัยในบ้าน          |  |     |             |      |                |
| 6.4 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับความ<br>ปลอดภัยในการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า |  |     |             |      |                |
| 7) ด้านการใช้ชีวิตในชุมชน   |  |     |             |      |                |
| 7.1 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการใช้ยา                                |  |     |             |      |                |
| 7.2 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการรักษา<br>และการรับยา                 |  |     |             |      |                |
| 7.3 ท่านต้องการการดูแลในเรื่องการจับจ่าย<br>ใช้สอย                    |  |     |             |      |                |
| 7.4 ท่านต้องการการดูแลในการเดินทาง                                    |  |     |             |      |                |

### แบบประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการวัดความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจะทำเครื่องหมาย ( / ) ลงในช่องว่างขวามือ ซึ่งตรงกับข้อความในแต่ละคำถาม โดยมีเกณฑ์ของคำตอบ ดังนี้

- CDR = 1      Mild Dementia  
 CDR = 2      Moderate Dementia  
 CDR = 3      Severe Dementia

| Domen          | No<br>Dementia<br>CDR = 0                             | Uncertain<br>of deferred<br>diagnosis<br>CDR =0.5                           | Mild<br>Dementia<br>CDR = 1   | Moderate<br>Dementia<br>CDR = 2   | Severe<br>Dementia<br>CDR = 3  |
|----------------|---|---|---|---|--|
| Memory         | ไม่มีปัญหา<br>ความจำเลย<br>หรือหลงลืม<br>เป็นบางครั้ง | หลงลืม<br>เล็กน้อยและ<br>บ่อยครั้ง<br>จดจำ<br>เหตุการณ์ต่าง<br>ๆ ได้บางส่วน | หลงลืมมากขึ้น<br>ความจำที่<br>เรียนรู้ใหม่<br>หายไปอย่าง<br>รวดเร็ว เหลือ<br>แต่ Highly<br>learned<br>material    | หลงลืมมาก<br>ขึ้น ความจำ<br>ที่เรียนรู้ใหม่<br>หายไปอย่าง<br>รวดเร็ว<br>เหลือแต่<br>Highly<br>learned<br>material | หลงลืมอย่าง<br>มาก จำได้เป็น<br>ส่วนๆ ไม่<br>ปะติดปะต่อ<br>เป็นเรื่องราว |
| Orentati<br>on | ปกติทุกอย่าง  | เริ่มสูญเสีย<br>การรับรู้<br>ความสัมพันธ์<br>ทางเวลาบ้าง<br>แต่อื่นๆ ปกติ   | สูญเสียการรับรู้<br>ความสัมพันธ์<br>ทางเวลามาก<br>ขึ้น รับรู้สถานที่<br>ถูกต้องแต่อาจมี<br>สับสนทาง<br>ภูมิศาสตร์ | เสียความจำ<br>ในด้านการ<br>จดจำเวลา<br>สถานที่  | หลงลืมบุค<br>คล  |

| Domen                             | No<br>Dementia<br>CDR = 0  | Uncertain<br>of deferred<br>diagnosis<br>CDR =0.5                | Mild<br>Dementia<br>CDR = 1  | Moderate<br>Dementia<br>CDR = 2   | Severe<br>Dementia<br>CDR = 3  |
|-----------------------------------|--|--|--|---|--|
| <b>Commun<br/>ity affairs</b>     | ระดับการทำ<br>หน้าที่ในยัง<br>เท่าเดิมเรื่อง<br>อาชีพ ชื่อของ<br>ธุรกิจการเงิน<br>อาสาสมัคร<br>และงานสังคม | การทำหน้าที่<br>ในเรื่องต่างๆ<br>เริ่มเสีย<br>เล็กน้อย           | ทำหน้าที่ใน<br>เรื่องต่างๆเองได้<br>ผู้อื่นยังมองว่า<br>ปกติอยู่   | มีการพึ่งพา<br>เมื่อออกนอก<br>บ้าน แต่ยัง<br>พาไปทำ<br>กิจกรรม<br>ต่างๆนอก<br>บ้านได้ | ต้องพึ่งพา<br>อย่างเมื่อพา<br>นอกไปนอก<br>บ้านหรือแ่<br>เกินกว่าจะพา<br>ออกไปนอก<br>บ้าน |
| <b>Home<br/>&amp;<br/>Hobbies</b> | ชีวิตในบ้าน<br>งานอดิเรก<br>สติปัญญา<br>ความสนใจยัง<br>ปกติดี  | ชีวิตในบ้าน<br>งานอดิเรก<br>สติปัญญา<br>ความสนใจ<br>เสียเล็กน้อย | เสียเพียง<br>เล็กน้อยแต่เล็ก<br>ทำกิจกรรมที่<br>สนใจและงาน<br>อดิเรกที่ยุ่งยาก<br>และเลิกทำงาน<br>บ้านที่ซับซ้อน | ทำได้แต่งงาน<br>บ้านง่ายๆ<br>สนใจสิ่ง<br>ต่างๆน้อยลง<br>มาก                           | ไม่สนใจจะทำ<br>อะไรเลย   |





## Reliability Statistics

|            |            |
|------------|------------|
| Cronbach's |            |
| Alpha      | N of Items |
| .979       | 45         |

|              |                       | N   | %     |
|--------------|-----------------------|-----|-------|
| <b>Cases</b> | Valid                 | 160 | 100.0 |
|              | Excluded <sup>a</sup> | 0   | .0    |
|              | Total                 | 160 | 100.0 |

## Reliability Statistics

|            |            |
|------------|------------|
| Cronbach's |            |
| Alpha      | N of Items |
| .967       | 45         |

|              |                       | N  | %     |
|--------------|-----------------------|----|-------|
| <b>Cases</b> | Valid                 | 30 | 100.0 |
|              | Excluded <sup>a</sup> | 0  | .0    |
|              | Total                 | 30 | 100.0 |





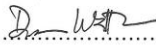
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๓๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐  
 โทร. ๐-๒๓๕๔-๖๒๓๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๖๒๓๓  
**Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University**  
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand  
 Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

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

MURA2014/48

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Title of Project</b>       | Care Needs Assessment In Older Persons with Early, Moderate and Late Stage Dementia |
| <b>Protocol Number</b>        | ID 01-57-48   |
| <b>Principal Investigator</b> | Mrs. Apinya Boonpeng  |
| <b>Official Address</b>       | Faculty of Nursing<br>Chulalongkorn University                                      |

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

**Signature of Secretary**  
**Committee on Human Rights Related to** .....   
**Research Involving Human Subjects** Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

**Signature of Chairman**  
**Committee on Human Rights Related to** .....   
**Research Involving Human Subjects** Prof. Pratak O-Prasertsawat, M.D.

**Date of Approval** January 20, 2014

**Duration of Study** 3 Months



เอกสารเลขที่...008../2557

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

|                         |  |
|-------------------------|--|
| โครงการวิจัย            | ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย   |
| เลขที่โครงการ           | 56055  |
| ผู้วิจัยหลัก            | นางอภิญญา บุญเพ็ง  |
| สถานที่ดำเนินการวิจัย   | สถาบันประสาทวิทยา  |
| เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ | 1. แบบเสนอโครงการวิจัย (31 ตุลาคม 2556)<br>2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (31 ตุลาคม 2556)<br>3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (31 ตุลาคม 2556)<br>4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (25 กันยายน 2556) |
| วันที่พิจารณาอนุมัติ    | 8 พฤศจิกายน 2556   |

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

  
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ

  
(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2556 ถึงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2557

RL 01\_2555

ที่ IRB/RTA .....๐๔๕...../2557



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก  
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q023q/56

ชื่อโครงการวิจัย : "ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย"  
[CARE NEEDS ASSESSMENT IN OLDER PERSON WITH EARLY, MODERATE AND  
LATE STAGE DEMENTIA.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางอภิญา บุญเพ็ง

สังกัดหน่วยงาน : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

- (1) โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (5) แบบสอบถามสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (6) แบบสอบถามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (7) แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ฉบับที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2556
- (8) ประวัติย่อ นางอภิญา บุญเพ็ง

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย  
กรมแพทยทหารบก ว่าสอดคล้องกับปรัชญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 9 มกราคม 2557

วันสิ้นสุดการรับรอง: 10 มกราคม 2558

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

.....  
พันเอกหญิง ยาวนา ธนะพัฒน์  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

.....  
พันเอกสทล อนันต์นำเจริญ  
เลขานุการและอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 56151

เอกสารเลขที่ 153 /2556

ชื่อโครงการ “ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะ  
กลาง และระยะสุดท้าย.”

(ภาษาอังกฤษ) “Care needs assessment in older persons with early, moderate  
and late stage dementia”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางอภิญญา บุญเพ็ง

ตำแหน่ง นักศึกษาปริญญาโท

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2556
2. แบบเก็บบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2556
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2556
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2556

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 17 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็น  
ระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม.....  
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)  
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)  
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

