

คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ว่าที่ร้อยตรี วรุณี ร่มไทร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

Quality of sleep and related factors in caregivers of patients with dementia
at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Acting Sub Lt. Worawut Romsai

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วย ภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
โดย	ว่าที่ร้อยตรี วรุฒิ ร่มไทร
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรืองวงษ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

..... กรรมการ
(แพทย์หญิงมุกดา พนาสถิตย์)

วรุดิ ร่มไทร : คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (Quality of sleep and related factors in caregivers of patients with dementia at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital). อ. ที่ปริภษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.นพ. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , หน้า. 90

เหตุผลของการทำวิจัย : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการนอนของผู้ดูแล การตระหนักและเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนของผู้ดูแลผู้ป่วยจะช่วยจัดการเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

สถานที่ทำการศึกษา : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 84 คน ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทบทวนเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ(PSQI)และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(HAM-D)ของผู้ดูแล แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม(NPI-Q) แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (MBAI) แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงของผู้ป่วย(CAD) วิเคราะห์ข้อมูลแบบunivariate analysisและmultivariate analysis เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 90.5 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลคือ การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง การมีระดับพุทธิปัญญาเสื่อมไม่รุนแรงหรือมีค่าคะแนน Thai Mental State Examination (TMSE)ที่สูง ผู้ป่วยที่มีอารมณ์หงุดหงิดหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำซ้ำๆที่แปลกๆ เมื่อวิเคราะห์ด้วยlinear regression analysis พบว่ามี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง คะแนนความซึมเศร้าจากแบบสอบถาม HAM-D และการมีภาวะโรคร่วมทางกายของผู้ดูแล

สรุป : คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี การค้นหาและให้การดูแลปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิติต

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริภษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปีการศึกษา.....2555.....

##5274811430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS : QUALITY OF SLEEP / CAREGIVER BURDEN / DEMENTIA

WORAWUT ROMSAI : QUALITY OF SLEEP AND RELATED FACTORS IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH DEMENTIA AT DEMENTIA CLINIC, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ASVISOR : ASST . PROF. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, MD. ; 90 pp.

Background : Caring for the patients with dementia may cause the mental health problems and sleep disturbance among caregivers. The awareness and understanding of factors associated with poor sleep quality of caregivers may ameliorate the caregivers' burden.

Objective : To explore the quality of sleep and related factors in caregivers of patients with dementia at dementia clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Design : A cross – sectional descriptive study.

Setting : King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Materials and Methods : Data were collected from 84 caregivers of patients with dementia by reviewing the medical records and interviewing the caregivers. The instruments consisted of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Neuropsychiatry Inventory Questionnaire (NPI-Q), Barthel Index Thai version (MBAI), Chula ADL Index (CAI). The univariate analysis and multivariate analysis was used to examine the associated factors with the quality of sleep.

Results : We found 90.5 % of caregivers had poor quality of sleep and the factors significantly related with quality of sleep were taking care of female patients, less severe cognitive impairment or higher Thai Mental State Examination (TMSE) score, irritability and aberrant behavior of the patients. The linear regression analysis revealed 3 factors significantly associated with poor quality of sleep; including taking care of female patients , Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) score, and medical comorbidity of caregivers.

Conclusion : Most of the caregivers had poor quality of sleep in this study. To address and management for the associated factors will assist the medical personnel to provide appropriate intervention for the caregivers.

Department :.....Psychiatry.....

Student's signature

Field of Study :.....Mental Health.....

Advisor's signature

Academic Year :...2012.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ช่วยตรวจทาน และ อาจารย์แพทย์หญิงโสภพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ ที่ได้อนุญาตให้นำแบบสอบถาม NPI-Q มาใช้เป็นเครื่องมือ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่างๆ โดยใช้เหตุผลและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรศมน กัลยาศิริ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิธิมา เพ็ญพงษ์, และอาจารย์ ฅนักรวด บัวทอง ที่ได้ให้ความกรุณาให้ความรู้ความเข้าใจ คำปรึกษาและข้อเสนอแนะด้านสถิติ งานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างมากตลอดงานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอก ภปร. ชั้น 12 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการเก็บข้อมูลด้วยความเมตตา

อีกทั้งการวิจัยนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลยถ้าปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน และบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ที่ช่วยเหลือในการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอให้ความดีหรือประโยชน์อันใดที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้ส่งผลดีถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน
ทั่วกัน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
คำถามของการวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ข้อจำกัดของการวิจัย	3
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้ทั่วไป.....	5
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	14
รูปแบบการวิจัย.....	14
ระเบียบวิธีวิจัย.....	14
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	14
การสังเกตและการวัด.....	15
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	15
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	18
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	18
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	19
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	55
สรุปผลการวิจัย.....	55
ข้อมูลทั่วไป.....	55
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล.....	58
การอภิปรายผล.....	60
ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย.....	61
ประโยชน์ที่ได้รับในการทำวิจัย.....	62
รายการอ้างอิง.....	63
ภาคผนวก.....	67
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	90

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม.....	20
2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม.....	24
3 แสดงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย.....	26
4 แสดงคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version) 17 items (HRS-D 17).....	27
5 แบ่งช่วงอาการทางจิตประสาทตามความรุนแรง.....	27
6 แสดงข้อมูลแบบสอบถาม Neuropsychiatric Inventory Questionnaire(NPI-Q).....	28
7 แสดงดัชนีบาร์เทิล อินเด็กซ์ (Barthel Index Thai version).....	29
8 แสดงรายละเอียดของคะแนน The Chula ADL Index (CAI).....	29
9 แสดงการแบ่งค่า The Chula ADL Index (CAI).....	30
10 แสดงลักษณะคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วย.....	31
11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติวิสัย การเข้านอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน.....	32
12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ.....	35

ตารางที่	หน้า
13 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact.....	38
14 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact.....	41
15 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact.....	42
16 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, MBI, Chula ADL index, NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact.....	43
17 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact.....	44
18 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ T-Test.....	47
19 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ T-Test.....	49
20 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ในข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน โดยใช้สถิติ T-Test.....	50
21 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, MBI, Chula ADL index, NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test	51
22 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test.....	52
23 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล.....	54

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

โรคสมองเสื่อมนับว่าเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงญาติผู้ป่วย ย่อมได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จากการมีภาระในการดูแลผู้ป่วย

ผลกระทบที่เป็นปัญหาหลักประการหนึ่ง คือการรบกวนการนอน องค์ประกอบที่สำคัญที่ส่งผลต่อการรบกวนการนอน ได้แก่ การถูกผู้ป่วยรบกวนการนอนเป็นประจำ, ภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล, และสภาพร่างกายของผู้ดูแลที่ไม่ดีซึ่งนำไปสู่ปัญหาการนอน⁽¹⁾ เมื่อพิจารณาในรูปแบบการนอนของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะพบว่ามีความผิดปกติการนอนต่ำ นั่นคือใช้เวลาอนน้อย และใช้เวลาในการเตรียมตัวหลับนานกว่าบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดูแล⁽²⁾

การนอนที่ไม่ดีนั้นจะสัมพันธ์กับความหนักของอาการของผู้ป่วย, ผู้ดูแลเป็นเพศชาย, การนอนที่ไม่ดีในผู้ป่วย, และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ โดยภาระในการดูแลนั้นจะขึ้นกับความหนักในการดูแลและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี⁽³⁾

คุณภาพการนอนที่ไม่ดี ไม่ได้พบเฉพาะผู้ดูแลเท่านั้น ในขณะที่เดียวกัน ยังสามารถเกิดได้กับผู้ป่วยด้วย⁽⁴⁾ ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น พบว่าอาการประสาทหลอน, พฤติกรรมก้าวร้าว, และพฤติกรรมที่ผิดปกติในตอนกลางคืน ล้วนส่งผลต่อการรบกวนผู้ดูแล⁽⁵⁾

อาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ อาการหวาดระแวง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวน ก้าวร้าว การรบกวนในช่วงกลางวัน อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล กลัว⁽⁶⁾

นอกจากนี้ การที่ภาวะของโรคนั้นเป็นในระยะเวลายาวนาน ก็ส่งผลต่อปัญหาการนอนของผู้ดูแลด้วย⁽⁷⁾ โดยขึ้นอยู่กับการปรับตัวของผู้ดูแล⁽⁸⁾

ภาวะโรคของผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น การบกพร่องทางด้านความจำ, การเคลื่อนไหวที่ติดขัด, และการสูญเสียการรับรู้ สามารถส่งผลกระทบต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยได้⁽⁹⁾

การจัดบริการผู้ป่วยที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน, การใช้อุปกรณ์, การทำกายภาพบำบัด, และการดูแลที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ⁽¹⁰⁾

การประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการคัดกรองปัญหาที่อาจเกิดขึ้น⁽¹¹⁾

การจัดการกับปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้วิธีการต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การทำจิตบำบัด เพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงระยะสั้น⁽¹²⁾ แต่วิธีการเดียวไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับการใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ กลุ่มสนับสนุน, การให้ความรู้, คำแนะนำ, การให้คำปรึกษา, การดูแลฟื้นฟู, และการจัดการแบบรอบด้าน⁽¹³⁾

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลตระหนักและเข้าใจในภาวะโรคของผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญในการจัดการเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป⁽¹⁴⁾

ดังนั้น การศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในส่งเสริมคุณภาพการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและใช้เป็นข้อมูลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องในครั้งต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research Question)

1. คุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐาน (Hypothesis)

ไม่มี

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้น จึงไม่สามารถขยายผลการศึกษาไปสู่ประชากรกลุ่มที่ใหญ่กว่าได้ และการวิจัยนี้เป็นแบบ cross-sectional study ไม่มีการติดตามผลไปข้างหน้าหรือย้อนกลับไปในอดีต ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างผลและปัจจัยในเชิงเหตุและผลได้

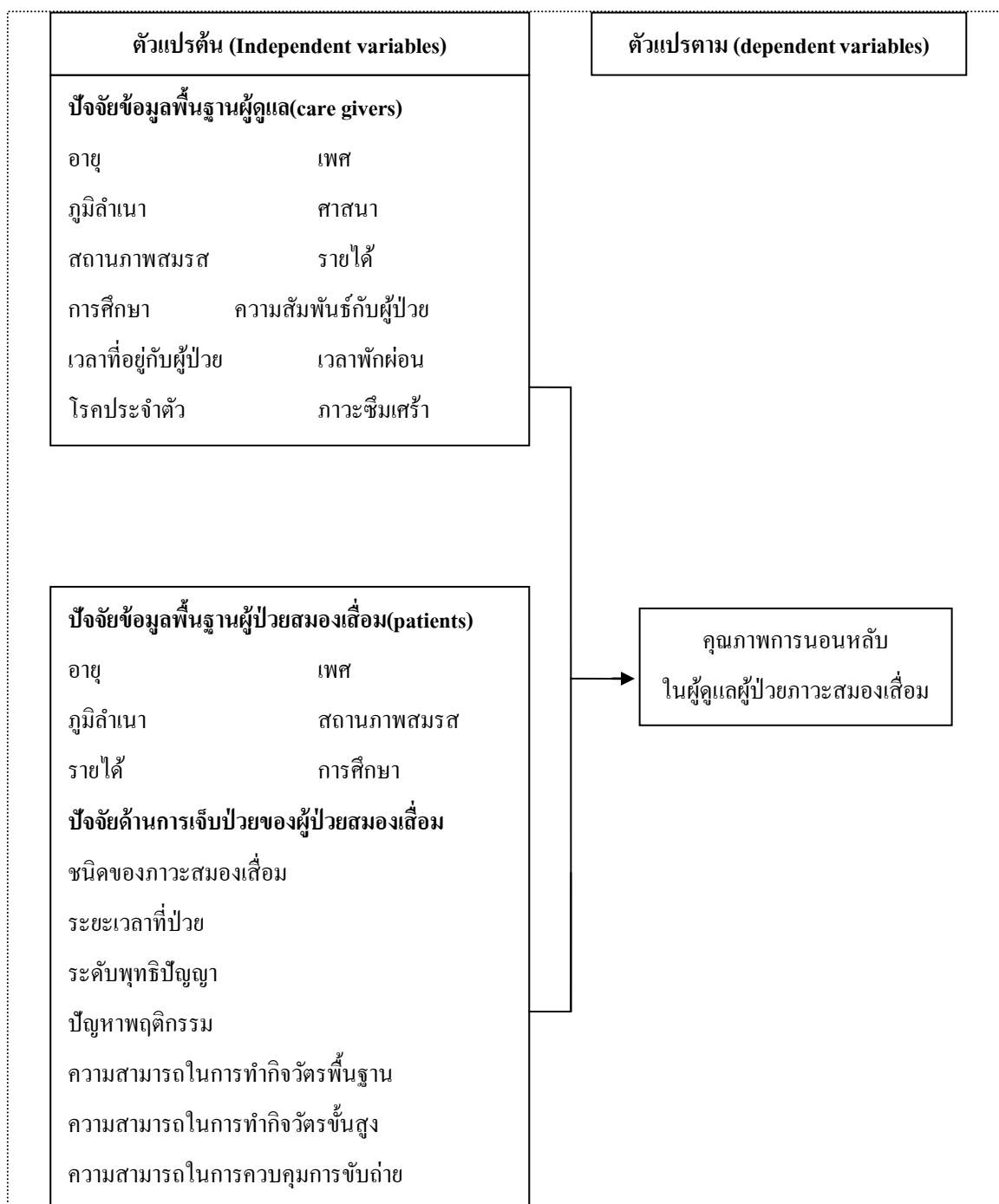
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

- ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม (dementia) ในทางคลินิก ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติ ซึ่งดูแลผู้ป่วยวันละอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
- คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ได้จากการประเมินตามแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh ฉบับภาษาไทย มี 7 องค์ประกอบ คือ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย, ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ, ระยะเวลาของการนอนหลับ, ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย, การรบกวนการนอนหลับ, การใช้ยานอนหลับ, และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และ คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี⁽¹⁵⁾

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

- สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในส่งเสริมคุณภาพการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
- สามารถใช้เป็นข้อมูลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องในครั้งต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไป

การนอนหลับ เป็นกลไกพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเฉกเช่นการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นกลไกที่ดำเนินควบคู่ไปกับความมีชีวิต การนอนหลับช่วยให้ร่างกายดำรงภาวะธำรงดุล (homeostasis) ไว้ได้ ทำให้สามารถรักษาสภาวะภายในให้คงที่ อันเป็นเงื่อนไขสำคัญอย่างยิ่งของความมีชีวิต ขณะนอนหลับระบบต่างๆ ในร่างกายจะลดระดับการทำงานและเกิดการซ่อมแซมตัวเอง เพื่อกลับคืนสู่สภาวะปกติพร้อมที่จะถูกใช้งานต่อไป ในช่วงที่ร่างกายตื่น (awake) คนส่วนใหญ่ในสังคมปัจจุบันมีวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากอยู่ภายใต้สังคมที่มีแต่การแก่งแย่งแข่งขัน เพื่อให้มาซึ่งความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา หรือหน้าที่การงาน ทำให้คนในสังคมส่วนใหญ่ละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับการนอนหลับ จึงทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยไม่รู้ตัว เป็นเหตุให้พลังขับเคลื่อนความมีชีวิตถดถอยลงเรื่อยๆ อันส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต เช่น คนที่นอนหลับไม่เพียงพอหรืออดนอนติดต่อกัน 2-3 วัน จะมีอาการปวดศีรษะ เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร หรืออาจปวดที่บริเวณข้อต่อต่างๆ และการอดนอนติดต่อกันหลายๆ คืนจะทำให้ระบบเมแทบอลิซึมในร่างกายเปลี่ยนแปลง ทำให้มีความอยากอาหารมากขึ้น เป็นเหตุให้บริโภคอาหารมากเกินไปจนเกินความจำเป็น จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ อาทิ โรคเบาหวาน (diabete) โรคหัวใจ (heart disease) และโรคอ้วน (obesity) เป็นต้น นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพอยังเป็นสาเหตุทำให้ร่างกายมีความตื่นตัวน้อยลง เกิดความง่วง สมองทำงานไม่เต็มที่ ทำให้ความคิดอ่านเลื่องชา ได้ตอบช้าลง ขาดสมาธิในการทำงาน ข้อสำคัญทำให้ความสามารถในการขับขี้ขูดขนพาหนะลดลงจนก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งอาจทำให้ร่างกายต้องพิการหรือเสียชีวิตได้⁽¹⁶⁾

ระยะของการนอนหลับ⁽¹⁶⁾

การนอนหลับ จำแนกได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะ NREM (non-rapid eye movement) กับระยะ REM (rapid eye movement) การนอนหลับจะเริ่มต้นด้วยระยะ NREM สลับกับ REM และเกิดต่อเนื่องกันเป็นวงจร วงจรแต่ละรอบจะใช้เวลาประมาณ 70-100 นาที หรือ 90 นาทีโดยเฉลี่ย คืนหนึ่งอาจเกิดวงจรดังกล่าว 4-6 รอบ โดยพบว่า

1. ระยะ NREM เป็นช่วงที่หลับสนิทเกิดขึ้นประมาณ 75-80% ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด เป็นช่วงที่ดวงตาไม่มีการเคลื่อนไหว โดยอาจจำแนก NREM ออกเป็นระยะย่อยๆ ได้ 4 ระยะ ตามระดับความลึกของการนอนหลับ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขณะเริ่มต้นนอนหลับ คลื่นไฟฟ้าสมองจะค่อยๆ ลดความถี่ลงจากคลื่นอัลฟาจนกระทั่งเข้าสู่คลื่นที่ตา (4-7 Hz) ระดับความตื่นตัวของร่างกายรวมทั้งอุณหภูมิในร่างกายก็จะค่อยๆ ลดลงเช่นกัน ดวงตาจะมีการเคลื่อนไหวช้าลง และกล้ามเนื้อจะเกิดความผ่อนคลายมากขึ้น

ระยะที่ 2 คลื่นไฟฟ้าสมองจะมีทั้งแบบ sleep spindles คือ มีความถี่ 12-14 Hz ประมาณ 0.5 วินาที และแบบ K-complex คือ มีการสลับกันของคลื่น negative กับคลื่น positive ประมาณ 0.5 วินาที ช่วงนี้ดวงตาจะหยุดการเคลื่อนไหว

ระยะที่ 3-4 เป็นช่วงหลับลึกหรือหลับสนิท คลื่นไฟฟ้าสมองจะอยู่ในคลื่นเดลตา ซึ่งมีความถี่ต่ำประมาณ 0.5-2 Hz จึงอาจเรียกระยะนี้ว่า **slow wave sleep (SWS)** ช่วงนี้ระบบการหายใจจะทำงานช้าลงแต่ยังคงรักษาระดับให้คงที่ ความดันเลือดจะลดต่ำลงประมาณ 20-30% ร่างกายจะไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสัญญาณภายนอก ช่วงนี้ระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายจะซ่อมแซมตัวเอง และมีกรหลัง GHRH ออกมา กระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีหลั่ง Growth hormone (GH) มาส่งเสริมการเจริญเติบโต ทั้งนี้ร่างกายจะหลั่ง GH ออกมามากในช่วงวัยรุ่นและจะลดอัตราการหลั่งลงเมื่อมีอายุมากขึ้น

2. ระยะ REM เกิดขึ้นประมาณ 20-25% ของระยะการนอนหลับ คลื่นสมองจะทั้งคลื่นอัลฟาที่มีความถี่ต่ำประมาณ 1-2 Hz และคลื่นบีตา ระยะนี้เป็นช่วงที่มีการเคลื่อนไหวของดวงตาและเป็นช่วงที่เกิดความฝัน โดยจะพบว่าร่างกายจะมีอุณหภูมิสูงขึ้น ขณะที่ความดันโลหิต, การเต้นของหัวใจ และการหายใจก็จะสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งอาจมีค่าใกล้เคียงกับขณะตื่น

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความพอเพียงและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ (Quantity aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep) โดยการนอนหลับในเชิงปริมาณประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับและจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับ เชิงคุณภาพจะเป็นความรู้สึกของบุคคลตามคำบอกเล่า (subjective aspect of sleep) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์⁽¹⁷⁾

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Measurement of sleep quality)

1. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantity aspect of sleep) ประกอบด้วยตัวแปรการนอนหลับ ดังนี้
 - 1.1 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency) เป็นระยะตั้งแต่บุคคลตั้งใจจะหลับจนกระทั่งหลับได้ ซึ่งได้บุคคลที่นอนหลับง่ายจะใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาที ในการนอนหลับจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที แสดงว่ามีการนอนหลับยาก (difficult to initiate sleep)⁽¹⁷⁾
 - 1.2 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (sleep duration) เป็นระยะเวลาที่บุคคลเริ่มเข้าสู่การนอนหลับจนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่รวมระยะเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ระยะเวลาความต้องการการนอนหลับของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเฉพาะบุคคลต่อการนอนหลับ บุคคลที่

มีระยะนอนหลับน้อยกว่าอาจมีการนอนหลับเชิงคุณภาพดีกว่าบุคคลที่นอนหลับได้ระยะเวลานานกว่า อย่างไรก็ตามเวลาที่สามารถนอนหลับได้ของบุคคลจะค่อยๆลดลงตามอายุที่มากขึ้น และพบว่าระยะเวลาการนอนหลับที่ผู้สูงอายุต้องการในตอนกลางคืนอย่างน้อย 5-6 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency) เป็นระยะตั้งแต่บุคคลตั้งใจจะหลับจนกระทั่งหลับได้ ซึ่งได้บุคคลที่นอนหลับง่ายจะใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาที ในการนอนหลับจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ถ้าใช้เวลามากกว่า 30 นาที แสดงว่ามีการนอนหลับยาก (difficult to initiate sleep)⁽¹⁷⁾

1.3 จำนวนครั้งที่ถูกรบกวนขณะหลับ (number of arousal) การถูกรบกวนขณะหลับจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง โดยการตื่น 1 ครั้งหมายถึงการรู้สึกตัวระหว่างหลับนานกว่า 15 วินาที การตื่นมากกว่า 3 ครั้งต่อคืนหรือตื่นแล้วหลับต่อได้ยากจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลที่มีระยะเวลาการนอนหลับต่อเนื่องจะมีคุณภาพการนอนหลับดี⁽¹⁸⁾

1.4 ประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) เป็นอัตราส่วนระหว่างระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่หลับได้จริงในแต่ละคืนต่อระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่นอนบนเตียง โดยคิดหน่วยเป็นร้อยละ ถ้าค่าประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่าร้อยละ 75 ถือว่าเป็นการนอนหลับปกติ ในผู้สูงอายุจะมีค่าประสิทธิภาพการนอนหลับ 67-70เปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคคลที่มีประสิทธิภาพการนอนหลับดีจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี⁽¹⁸⁾

2. **คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep)** การนอนหลับเชิงคุณภาพประกอบด้วยตัวแปรการนอนหลับ ดังนี้

2.1 ความรู้สึกต่อการนอนหลับ เป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลว่าการนอนหลับ“ดี” หรือ “แย่” ความเพียงพอของกานอนหลับ “เพียงพอ”หรือ “ไม่เพียงพอ”คุณลักษณะของการนอนหลับ “ลึก” หรือ “ตื้น” นอนหลับสนิทหรือไม่ รวมทั้งความรู้สึกหลังตื่นนอน เช่น “สดชื่น” หรือ “อ่อนเพลีย” ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับจะมีคุณภาพการนอนหลับดี⁽¹⁸⁾

2.2 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ทำให้มีอาการง่วงเหงาหาวนอน ขาดความกระตือรือร้น อ่อนเพลีย หรือขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีความสามารถในการคิดแก้ปัญหาดีกว่า อย่างไรก็ตามการงีบหลับในตอนกลางวันในวัยสูงอายุไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับในตอนกลางคืน โดยการศึกษาของฟรอยด์พบว่าระยะเวลางีบหลับในตอนกลางวันไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนของคืนที่ผ่านมาและไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการนอนหลับและการตื่นระหว่างหลับในคืนถัดไป และยังพบว่าผู้ที่งีบกลางวันจะไม่มีแตกต่างกันในระยะเวลาการนอนหลับของคืนถัดไป⁽¹⁹⁾

ภาวะสมองเสื่อม⁽²⁰⁾

สมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของการทำงานของระบบสมอง ส่งผลทำให้มีการเสื่อมลงของระบบความจำ และการใช้ความคิดในด้านอื่นๆ และกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนผู้นั้น ในกรณีที่มีความผิดปกติของความจำและการทำงานของสมองด้านใดด้านหนึ่ง แต่ยังไม่มีการสูญเสียต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ควรคำนึงว่าอาจจะเป็นภาวะสมองเสื่อมในช่วงเริ่มแรก ควรติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผู้ป่วย

ควรประเมินความรวดเร็วของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เป็น ลักษณะการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรค เพื่อช่วยในการวินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค และวางแผนในการดูแลรักษา การประเมินผู้ป่วย สมองเสื่อม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินข้อมูลต่างๆ จากญาติร่วมด้วย

การวินิจฉัย

1. ประเมินความจำ

โดยเฉพาะความจำ ในระยะสั้น (short term memory) ซึ่งเป็นความจำ ในช่วงไม่กี่นาทีจนถึงชั่วโมง ตัวอย่างคำถามเช่น

- ในช่วงที่ผ่านมา มีปัญหาความจำ อย่างไรบ้างให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ประกอบด้วย (สามารถประเมิน onset, nature และแยกแยะระหว่าง memory impairment และ forgetfulness ได้)
- ปัญหาเรื่องความจำ นั้น เป็นปัญหาความจำ ของเหตุการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไม่นานหรือเป็นเหตุการณ์ในอดีต เป็น 10 ถึง 20 ปีที่ผ่านมา? (สามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้)
- วันๆ หนึ่ง มีปัญหาเรื่องความจำ บ่อยแค่ไหน? (ประเมินความถี่ ความรุนแรงของโรค)
- มีอาการ จำ ชื่อ หรือจำ หน้าคนรู้จักคุ้นเคย หรือคนใกล้ชิดไม่ได้? (ประเมินอาการ)
- เคยออกจากบ้าน เช่น เดินหรือขับรถแล้วกลับบ้านไม่ถูกบ้างหรือไม่? (ประเมินอาการ ความรุนแรงของโรค)
- ประเมินโดยตรงโดยการตรวจความจำ เช่น ให้จำ ของ 3 สิ่ง โดยให้พูดตามหลังจากบอกจบเพื่อดูความสามารถในการ encoding หรือ registration ซึ่งเป็นขบวนการแรกของความจำ หลังจากนั้นเบี่ยงเบนโดยชวนคุยเรื่องอื่น 2-3 นาที แล้วย้อนกลับมาถามเพื่อดู recall โดยประเมินร่วมกับข้อมูลจากการซักประวัติ เช่น ถ้าจำ ไม่ได้ 1 คำ ให้ถือว่าสงสัย แต่ถ้ามีประวัติชัดเจนให้ถือว่าน่าจะมีอาการ บกพร่อง เป็นต้น

2. ประเมิน aphasia

ประเมินจากญาติหรือจากผู้ป่วย โดยอาจใช้แนวคำถามต่อไปนี้

- รู้สึกว่ามีปัญหาในการที่จะเลือกใช้คำ พูดให้ถูกต้องหรือไม่ เช่น จะพูดถึงแก้วน้ำ แต่ไม่สามารถบอกได้ อาจจะใช้เป็นการชี้ หรือพูดว่า "ไอ้นั่น" "ไอ้นี่" หรือเลียงพูดถึงหน้าที่ของมัน เช่น "ที่เอาไว้ดื่มน้ำ" เป็นต้น
- พูดผิดพูดถูก เช่น แทนที่จะพูดว่า ไต่ะ กลับบอกว่าแก้ว
- พูดๆ อยู่แล้วความคิดหยุด พูดต่อไม่ได้

- ประเมินโดยตรงจากผู้ป่วย โดยการชี้สิ่งของแล้วให้บอกกว่าสิ่งนั้นเรียกว่าอะไร เช่น นาฬิกา ปากกา กระดุม ไม้แขวนเสื้อ เป็นต้น

3. ประเมิน apraxia โดยอาจใช้แนวคำถามต่อไปนี้

- ทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้เองหรือไม่ เช่น แปรงฟัน หวีผม อาบน้ำ แต่งตัว ใส่เสื้อผ้าได้ถูก แยกแยะเสื้อกางเกง ผ่าถุงได้ ทานอาหาร รู้จักวิธีใช้ช้อน ส้อม ถ้าไม่สามารถทำได้ จะต้องไม่ใช่เป็นเพราะระบบสั่งการของกล้ามเนื้อ (motor function) ผิดปกติ
- ประเมินโดยตรงจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยแสดงท่าแปรงฟัน หรือหวีผม หรืออาจออกคำสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม เช่น รับกระดาษด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางลงบนพื้น หรือทดสอบให้ผู้ป่วยวาดรูปห้าเหลี่ยมตัดกัน (ทดสอบ apraxia และ visuospatial skill)

4. ประเมิน agnosia โดยอาจใช้แนวคำถามต่อไปนี้

- จำสิ่งที่คุ้นเคยไม่ได้ เช่น หน้าคนที่คุ้นเคย สถานที่หรือสิ่งของส่วนตัวที่คุ้นเคย
- ประเมินโดยตรงจากผู้ป่วย โดยให้บอกสิ่งของที่กำ อยู่ในมือ ในขณะที่หลับตา เช่น กุญแจ เหรียญเงิน

5. ประเมิน executive function โดยอาจใช้แนวคำถามต่อไปนี้

- มีปัญหาในการที่จะเข้าใจ ตัดสินใจ วางแผนที่จะทำต่อไป ในเหตุการณ์ต่างๆ ไปหรือไม่
- มีปัญหาในการที่จะใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้อยู่เป็นประจำ เช่น การเปิดปิดเตาแก๊ส หรือมีปัญหาในการเรียนรู้ที่จะใช้ของใหม่ เช่น การใช้เตาไมโครเวฟ หรือไม่
- ประเมินโดยตรงจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยอธิบายความเหมือนของสิ่งต่างๆ ดังนี้ โด๊ยะ-เก้าอี้ ส้ม-กล้วย เสื้อ-กางเกง แม่น้ำ-ลำ คลอง เป็นต้น

6. ประเมินผลกระทบต่อการค้า เนินชีวิต

ประเด็นที่ควรประเมิน เช่น การจับจ่ายใช้สอย การดูแลจัดการเงินทองค่าใช้จ่ายประจำวัน การหุงหาอาหาร การออกนอกบ้าน การนัดหมาย หรือตารางกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ที่ทำ อยู่เสมอๆ เป็นต้น

- ต้องมีความผิดปกติของความจำ และ
- มีความผิดปกติของการทำงานของสมองในด้านต่างๆ เหล่านี้อย่างน้อย 1 ด้าน
- Aphasia
- Apraxia
- Agnosia
- Executive function
- และ มีการสูญเสียหรือกระทบกระเทือนต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคนผู้นั้น

การวินิจฉัยแยกโรค

ก. แยกโรคสมองเสื่อมออกจากโรคอื่นๆ

1. Delirium เป็นอาการสับสนทางสมองอย่างเฉียบพลัน มีลักษณะที่แตกต่างจาก dementia คือ อาการเป็นเร็ว แปรปรวนในแต่ละวัน สูญเสีย attention อย่างมาก อาจมีประสาทหลอนร่วมด้วย และมักมีสาเหตุกระตุ้นชัดเจน เช่น การไข้ การติดเชื้อ หรือภาวะหลังผ่าตัด เป็นต้น
2. Depression หรือโรคซึมเศร้า ที่อาจมีอาการคล้ายความจำเสื่อมได้ แต่เป็นผลมาจากอารมณ์ที่ซึมเศร้า หดหู่ ไม่มีแกจิตแกใจที่จะทำอะไร การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง เฉื่อยชา จนในที่สุดอาจคล้ายภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามบางครั้งอาจพบ delirium และ depression ร่วมกับ dementia ได้
3. Endocrine conditions เช่น hypothyroidism, hyperthyroidism, hypercalcemia, hypoglycemia
4. Infectious diseases เช่น syphilis, HIV infection
5. Vitamin deficiencies เช่น thiamine, niacin, vitamin B 12
6. Autoimmune disorders เช่น systemic lupus erythematosus
7. Metabolic disorders เช่น hepatic, renal disease

ข. แยกโรคในกลุ่ม Dementia

1. Alzheimer's disease พบบ่อยร้อยละ 50-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด โดยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป
2. Vascular dementia อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีความผิดปกติของระบบประสาทสมองร่วมด้วย
3. Dementia of lewy body เกิดจากการพัฒนาของโปรตีนที่ผิดปกติภายในเซลล์สมอง
4. Frontotemporal dementia เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านหน้าและด้านข้างของสมอง
5. Normal-pressure hydrocephalus มี gait ataxia และ incontinence ร่วมด้วย
6. Parkinson's disease dementia เป็น subcortical dementia ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเป็นอาการเด่น
7. Traumatic brain injury เป็นสาเหตุของสมองเสื่อมที่ควรระวังในผู้สูงอายุที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ

การรักษา

1. การรักษาโดยการใช้ยา ยากลุ่มปรับประคองอาการสมองเสื่อม

Acetylcholinesterase inhibitor ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำลาย acetylcholine บริเวณ synaptic cleft ทำให้มีสารชนิดนี้เพิ่มขึ้น ไม่ได้ออกฤทธิ์แก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคโดยตรง ยากลุ่มนี้ได้รับการศึกษาเพื่อใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก Alzheimer's disease เป็นส่วนใหญ่ ผลข้างเคียงที่พบได้คือ อาการกระวนกระวาย หงุดหงิด ท้องเสีย นอกจากนี้ราคาของยากลุ่มนี้ค่อนข้างแพงมาก จึงควรพิจารณาด้วยความรอบคอบ

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งอาจจะช่วยปรับอาการด้านพฤติกรรมปัญหาหรืออาการด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย

หลักการ

- ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง
- อาการหรือพฤติกรรมใดที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต ร่างกายของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ควรพิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้

2.1 กลุ่มอาการที่เป็นผลจากความจำ บกพร่อง เช่น หลงผิด เชื่อว่ามีคนในบ้านขโมยของของตนเองไป หรือทึกทักว่ากำลังจะเกิดเหตุการณ์บางอย่างขึ้นกับตน เช่น เชื่อว่ามีนัดพบกับเพื่อน

แนวทางปฏิบัติ

- เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่นสักครู่ ผู้ป่วยจะลืมเรื่องที่กำลังทักท้วงอยู่
- หลีกเลี่ยงการอธิบายด้วยเหตุผล เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนคิดนั้นเป็นความจริง ในที่สุดจะเกิดความขัดแย้งและปากเสียง

2.2 กลุ่มอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว

แนวทางปฏิบัติ

- ในกรณีที่เป็นไม่มาก และภาพหลอนหรือเสียงแว่วนั้น ไม่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิด ควรอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นส่วนหนึ่งของโรคเท่านั้น อาจไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาและมักเกิดผลข้างเคียงตามมาได้

2.3 กลุ่มอาการการนอนผิดปกติ เช่น กลางคืนไม่นอน เดินไปมา หรือ กลางวันนอนมากเกินไป

แนวทางปฏิบัติ

- พยายามให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวระหว่างวัน เช่น การเดินรับแสงแดดตอนเช้า หรือตอนเย็นเป็นประจำ
- หลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน ถ้าจะมีการงีบหลับ ช่วงเวลาที่เหมาะสมคือระหว่าง 12.00-15.00 น.
- ปลุกให้ตื่นนอนตอนเช้าให้ตรงเวลาสม่ำเสมอทุกวัน

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

โรคสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุและบ่อยมากขึ้นตามค่าอายุเฉลี่ยของประชากรไทยในปัจจุบัน โรคนี้มีความสำคัญเพราะก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคมเศรษฐกิจของประเทศชาติและครอบครัว เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สร้างความลำบากแก่ญาติและผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ⁽²⁰⁾

ในคู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ โดยมี นพ.มาโนช หล่อตระกูล เป็นบรรณาธิการ ได้อธิบายว่า ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นภาวะผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 6-12 ของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และภาวะในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัย รวมทั้งการดูแลรักษาจะมีส่วนช่วยอย่างมากในการที่จะบรรเทาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันภาวะนี้ยังไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม สมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของการทำงานของระบบสมอง ส่งผลทำให้มีการเสื่อมลงของระบบความจำและการใช้ความคิดในด้านอื่นๆ และกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนผู้นั้น ในกรณีที่มีความผิดปกติของความจำ และการทำงานของสมองด้านใดด้านหนึ่ง แต่ยังไม่มีการสูญเสียต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ควรคำนึงว่าอาจจะเป็นภาวะสมองเสื่อมในช่วงเริ่มแรก ควรติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง⁽²¹⁾

มีหลายปัจจัยกีดขวางที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ⁽²²⁾

สุปราณี สมบูรณ์ ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลโดยรวม พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมทุกด้านอยู่ในระดับมาก⁽²³⁾

สกาวรัตน์ เทพประสงค์ ศึกษาพบว่า อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ด้านแหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงแหล่ง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล และด้านสังคมเศรษฐกิจ มีอุปสรรคในระดับเล็กน้อยเช่นกัน⁽²⁴⁾

พรณี จันทร์อินทร์ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี⁽²⁵⁾

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ มีการกล่าวถึงภาวะการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในหลายประเด็น ที่กล่าวถึงมาก คือเรื่องปัญหาการนอน เช่น

การศึกษาของ McCurry SM et al. ในปี 2007 ได้อธิบายถึงการรบกวนการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ 3P model ซึ่งประกอบด้วย predisposing (สิ่งที่เป็นแนวโน้มให้เกิดการรบกวนการนอน), precipitating (สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการรบกวนการนอน), และ perpetuating (สิ่งที่ทำให้การรบกวนการนอนยังคงดำเนินต่อไป) ซึ่งทั้งสามอย่างจะเกิดขึ้น ในแง่ของการเป็นปัจจัยให้เกิดการรบกวนการนอน⁽¹⁾

การศึกษาของ Rowe MA et al. ในปี 2008 ซึ่งเปรียบเทียบรูปแบบการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาทางการนอนมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแล⁽²⁾

ปัญหาการนอนหลับของผู้ดูแลนับเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากร (population) และ ตัวอย่าง (sample)

- Target population ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- Sample Population ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria)

1. อายุ 18-65 ปี
2. ดูแลผู้ป่วยวันละอย่างน้อย 6 ชั่วโมง⁽²⁶⁾
3. สามารถอ่านออกเขียนได้
4. ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ตามปกติได้

ขนาดตัวอย่าง (sample size determination)

คำนวณขนาดตัวอย่างจากความชุกของภาวะการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาการ
รบกวนการนอน 68 %⁽²⁷⁾ โดยใช้สูตร $n = ((Z_{\alpha/2})^2 pq)/d^2$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

p = ความชุกของการรบกวนการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ 68% หรือ = 0.68

$q = 1 - 0.68 = 0.32$

d = Acceptable error = 0.1

และกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูล = 95% , ดังนั้นค่า $Z_{0.05/2} = 1.96$ (two tail)

แทนค่า $n = \frac{(1.96)^2 (0.68)(0.32)}{(0.1)^2} = \text{คน } 83.59 \text{ หรือประมาณ } 84 \text{ คน}$

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกราย ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

การสังเกตและการวัด (Observational measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล (caregivers)

ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย เวลาพักผ่อน โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย(patient)

ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมองเสื่อม

- การวินิจฉัย
- ระยะเวลาที่ป่วย
- ระดับความสามารถทางพุทธิปัญญาโดยประเมินจากคะแนน TMSE
- ภาวะซึมเศร้า
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง
- ปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง หรือคนอื่น ปลูกผู้ดูแลตอนกลางคืน

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่

- คุณภาพการนอนหลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามข้อมูล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (H-RSD) , แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (MBAI), แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (CAI), แบบสอบถาม NPI-Q, และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)

1. แบบสอบถามข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1.1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ดูแล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม 18 คำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เวลาส่วนตัว เทียบ พักผ่อน พักอยู่บ้านเดียวกัน โรคประจำตัว สารเสพติด

1.2 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม 12 คำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนผู้ดูแล

1.3 ข้อมูลทางการแพทย์

เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากเวชระเบียน ประกอบด้วยคำถาม 3 คำถาม ได้แก่ การวินิจฉัยและระดับพุทธิปัญญา (TMSE), ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม, ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

นพ.มาโนชย์ หล่อตระกูล และคณะ ได้พัฒนาแบบทดสอบของ Thai HRS-D 17 Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version) 17 items ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 มีรายละเอียด ดังนี้

การคิดคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหัวข้อที่เลือก เทียบความรุนแรงดังนี้ 0-7 no depression, 8-12 mild depression, 13-17 less than major depression, 18-29 major depression, 30+ severe major depression

ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 และค่า Spearman's coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ $-0.824^{(28)}$

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ประกอบด้วย MBAI และ CAI

- MBAI (The Modified Barthel Activity of Daily Living Index)

เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยได้ดัดแปลงมาจาก Barthel Activity of Daily Living Index by Jitapunkul and colleagues (1994: 97-101) ซึ่งให้คะแนนในส่วนของการรับประทานอาหาร การดูแลตัวเอง เช่น หวีผม แต่งตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การควบคุมการอุจจาระ ปัสสาวะ ซึ่งการให้คะแนนแบ่งออกเป็น ส่วนๆ ดังนี้

1) การเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 4 คะแนน คือ 0 ต้องช่วยตลอด, 1 ต้องช่วยมาก, 2 ต้องช่วยเล็กน้อย, 3 ไม่ต้องช่วยเหลือ

2) การกิน การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได แบ่งเป็น 3 คะแนน คือ 0 ต้องช่วยตลอด, 1 ต้องช่วยบ้าง, 2 ไม่ต้องช่วยเหลือ

3) การทำความสะอาด การอาบน้ำ แบ่งเป็น 2 คะแนน คือ 0 ต้องช่วยตลอด, 2 ไม่ต้องช่วยเหลือ

แบ่งรวมคะแนนจาก 0-20 คะแนน คือ 0-4 = total dependence, 5-8 = severe dependence, 9-11 = moderate dependence, 12-19 = mild dependence, and 20 = independence⁽²⁹⁾

- CAI (The Chula ADL Index)

ศ.สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ ได้พัฒนาแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมขั้นสูงของผู้ป่วย เช่น การเดินออกไปด้านนอกบ้าน, การทำอาหาร, การใช้บริการขนส่งสาธารณะ, การจัดการเงิน, และการดูแลงานบ้าน โดยเป็นแบบสอบถาม 5 ข้อ เมื่อเปรียบเทียบกับ BAI (Barthel ADL Index) พบว่า มีค่า Spearman coefficient เท่ากับ 0.67 ของ OPCS (The Office of Population Cencuses and Survey) score⁽³⁰⁾

4. แบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire)

..... Neuropsychiatric Inventory Questionnaire เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก แบบสอบถาม Neuropsychiatric inventory เพื่อต้องการให้มีความกระชับ และสะดวกที่จะนำไปใช้ในทางคลินิก โดยได้เปรียบเทียบกับผู้ป่วย อัลไซเมอร์ 60 คน พบว่า มีค่า false positive 5 % และพบความแตกต่างน้อยกว่า 2 % ในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง ถึงรุนแรง จึงสามารถนำ NPI-Q มาใช้แทน NPI ในทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม⁽³¹⁾

พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ และคณะ ได้พัฒนาแบบสอบถาม NPI-Q เป็นแบบสอบถามที่ทำได้ง่ายและรวดเร็วเพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยทั้งอาการทางประสาท และทางจิตเพื่อบอกระดับความรุนแรงและผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแล โดยแบบสอบถามมี 12 ข้อ แต่ละข้อถามถึงพฤติกรรมต่างๆ เช่น ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น โดยถามความบ่อย ความรุนแรง และความทุกข์ร้อนที่ผู้ดูแลได้รับ⁽³¹⁾

5. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลและดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ จากคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย, ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ, ระยะเวลาของการนอนหลับ, ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย, การรบกวนการนอนหลับ, การใช้นอนหลับ, และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และ คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีค่า Sensitivity เท่ากับ 89.6% และค่า Specificity เท่ากับ 86.5% ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83⁽³²⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ติดต่อเพื่อขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะ
2. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล
3. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยจะให้คำอธิบายกับผู้ดูแลผู้ป่วยและต้องได้รับการยินยอมก่อนการเก็บข้อมูลเสมอ จากนั้น
 - ผู้วิจัยขอข้อมูลจากแพทย์และเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัย, ระยะเวลาที่ป่วย, TMSE (จากเวชระเบียนในระยะไม่เกิน 3 เดือน), ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยตามแบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า (HAM-D), ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยตามแบบประเมินอาการทางจิตประสาทที่รบกวนผู้ดูแล (NPI-Q)
 - ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพื้นฐานทั้งของตนเองและผู้ป่วย
 - ให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)
 - ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยตามแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (MBAI)
 - ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยตามแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงของผู้ป่วย (CAI)
4. เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที ขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาวิเคราะห์ และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรมสถิติ SPSS ในการวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อดูความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ Multiple linear regression

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ผลการวิจัย แบ่งนำเสนอเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- 1.3 ข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน
- 1.4 คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBI, Chula ADL index, PSQI

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

- 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล
- 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล
- 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล
- 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBI, Chula ADL index กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในแต่ละปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ T-Test

- 3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย
- 3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- 3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน
- 3.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBI, Chula ADL index

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (84 คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Min = 18 ปี, Max = 83 Max = 65 ปี) (\bar{x} = 50.62 ปี) (S.D. = 12.92)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี	25	29.8
46 - 50 ปี	20	23.8
51 - 55 ปี	16	19.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี	23	27.4
เพศ		
ชาย	13	15.5
หญิง	71	84.5
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	53	63.1
ต่างจังหวัด	31	36.9
ศาสนา		
พุทธ	77	91.7
คริสต์	3	3.6
อิสลาม	4	4.8
สถานภาพสมรส		
โสด	30	35.7
สมรส	40	47.6
หม้าย	9	10.7
หย่า	5	6.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (84 คน)	ร้อยละ
รายได้ (Min = 0 บาท, Max = 400,000 บาท)		
(X̄ = 20,127.74 บาท) (S.D. = 44569.49)		
0 - 7,000 บาท	28	33.3
7,001 - 20,000 บาท	28	33.3
20,001 บาทขึ้นไป	28	33.3
การศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า	15	17.9
ประถมศึกษาปีที่ 6	7	8.3
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	9	10.7
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	17	20.2
ปริญญาตรี	28	33.3
ปริญญาโท	7	8.3
ปริญญาเอก	1	1.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี	6	7.1
ภรรยา	7	8.3
พี่น้อง	3	3.6
บุตร	52	61.9
หลาน	3	3.6
ลูกจ้าง	13	15.5
เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย (Min = 6 ชั่วโมง/วัน, Max = 24 ชั่วโมง/วัน)		
(X̄ = 14.61 ชั่วโมง/วัน) (S.D. = 7.28)		
ระหว่าง 0 - 10 ชั่วโมง/วัน	31	36.9
ระหว่าง 11 - 20 ชั่วโมง/วัน	26	31.0
มากกว่า 20 ชั่วโมง/วัน	27	32.1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (84 คน)	ร้อยละ
เวลาพักผ่อนหย่อนใจ (Min = 0 ชั่วโมง/สัปดาห์, Max = 200 ชั่วโมง/สัปดาห์) (\bar{x} = 17.18 ชั่วโมง/สัปดาห์) (S.D. = 28.68)		
น้อยกว่า 25 ชั่วโมง/สัปดาห์	32	38.1
ระหว่าง 25 - 48 ชั่วโมง/สัปดาห์	16	19.0
มากกว่า 48 ชั่วโมง/สัปดาห์	36	42.9
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	36	40.0
มีโรคประจำตัว	48	60.0
- Cardiovascular disease (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ)	23	27.4
- โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ	25	29.8
- อื่นๆ	14	16.7

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 84 คน พบว่าเป็นเพศชาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 และเพศหญิง 71 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 มีอายุเฉลี่ย 50.62 ปี โดยมากที่สุดอายุ 83 ปี และน้อยที่สุดอายุ 16 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี พบ 25 คน รองลงมาได้แก่ช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี พบ 23 คน ช่วงอายุ 46-50 ปีพบ 20 คน ช่วงอายุ 51-55 ปี พบ 16 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 29.8, 27.4, 23.8 และ 19.0 ตามลำดับ

ภูมิลำเนาพบว่า มีภูมิลำเนากรุงเทพฯ และปริมณฑล 53 คน มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด 31 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 63.1 และ 36.9 ตามลำดับ

การนับถือศาสนา พบว่า นับถือศาสนาพุทธ 77 คน ศาสนาคริสต์ 3 คน ศาสนาอิสลาม 4 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 91.7, 3.6 และ 4.8 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสพบว่า เป็นโสด 30 คน แต่งงาน 40 คน หม้าย 9 คน และหย่าร้าง 5 คน โดยสามารถคิดเป็นร้อยละ 35.7, 47.6, 10.7 และ 6.0 ตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยรวม 20,127 บาท น้อยที่สุดคือไม่มีรายได้ มากที่สุด 400,000 บาท โดยมีรายได้ 0- 7,000 บาท 28 คน, 7,001 - 20,000 บาท 28 คน, 20,001 บาทขึ้นไป 28 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3, 33.3 และ 33.3 ตามลำดับ

การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ ต่ำกว่ามี 15 คน, ประถมศึกษาตอนปลาย มี 7 คน , มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า 9 คน,มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า 17 คน, ปริญญาตรี 28 คน, ปริญญาโท 7 คน, ปริญญาเอก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9, 8.3, 10.7, 20.2 , 33.3, 8.3 และ 1.2 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร 52 คน รองลงมาเป็น ลูกจ้าง 13 คน, ภรรยา 7 คน, สามี 6 คน, พี่น้อง 3 คน และหลาน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9, 15.5, 8.3, 7.1, 3.6 และ 3.6 ตามลำดับ

เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ย 14.6 ชั่วโมงต่อวัน พบว่าใช้เวลาวันละ 0 - 10 ชั่วโมงมี 31 คน, 11 - 20 ชั่วโมง 26 คน , มากกว่า 20 ชั่วโมง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9, 31.0 และ 32.1 ตามลำดับ

เวลาพักผ่อนหย่อนใจ เฉลี่ย 14.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มากที่สุด 200 ชั่วโมง น้อยที่สุด 0 ชั่วโมง โดยใน 1 สัปดาห์พักผ่อน น้อยกว่า 25 ชั่วโมงมี 32 คน, 25 - 48 ชั่วโมง 16 คน และมากกว่า 48 ชั่วโมง 36 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.1, 19.0 และ 42.9 ตามลำดับ

ไม่มีโรคประจำตัว 36 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0, มีโรคประจำตัว 48 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยพบว่าเป็นโรคไขข้อ และปวดกล้ามเนื้อมากที่สุดคือ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8, Cardiovascular disease (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ) 23 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4, อื่นๆ (ไขมัน,ลมชัก, ไทรอยด์เป็นพิษ,ถุงลมโป่งพอง, กระเพาะอาหาร,ภูมิแพ้, Hyperprolactinomia) 14 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (84 คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Min = 53 ปี, Max = 97 ปี) (\bar{x} = 76.20 ปี) (S.D. = 10.30)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	21	25.0
ระหว่าง 71-80 ปี	32	38.1
ระหว่าง 81-90 ปี	25	29.8
มากกว่า 90 ปี	6	7.1
เพศ		
ชาย	23	27.4
หญิง	61	72.6
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	53	66.2
ต่างจังหวัด	27	33.8
สถานภาพสมรส		
โสด	6	7.1
สมรส	44	52.4
หม้าย	33	39.3
หย่า	1	1.2
รายได้ (Min = 0 บาท, Max = 80,000 บาท) (\bar{x} = 5,342.86 บาท) (S.D. = 11,973.20)		
ไม่มีรายได้	58	69.0
ต่ำกว่า 10,000 บาท	11	13.1
10,001-20,000 บาท	10	11.9
20,001 บาท ขึ้นไป	5	6.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (84 คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า	43	51.2
ประถมศึกษาปีที่ 6	6	7.1
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	7	8.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	11	13.1
ปริญญาตรี	14	16.7
ปริญญาโท	2	2.4
ปริญญาเอก	1	1.2

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเพศชาย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 และเป็นเพศหญิง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 72.6

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 76.20 ปี อายุน้อยสุด 53 ปี มากที่สุด 97 ปี อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปีมี 21 คน, 71-80 ปี 29 คน, 81-90 ปี 25 คน และมากกว่า 90 ปี 6 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9, 35.8, 30.9 และ 7.4 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ 58 คน รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท 11 คน รายได้ระหว่าง 10,000- 20,000 บาท 10 คน รายได้ 20,001 บาทขึ้นไป 5 คน คนโดยคิดเป็นร้อยละ 69.0, 13.1, 11.9 และ 6.0 ตามลำดับ

ระดับการศึกษาพบว่าจบประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า จำนวน 43 คน ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 6 คน มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า จำนวน 7 คน มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 11 คน ปริญญาตรี 14 คน ปริญญาโท 2 คน ปริญญาเอก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2, 7.1, 8.3, 13.1, 16.7, 2.4 และ 1.2 ตามลำดับ

1.3 ข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
	(84 คน)	
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม		
Alzheimer disease	51	60.7
Dementia	13	15.5
Vascular dementia	12	14.3
Alzheimer disease with CVD	7	8.3
Parkinson disease with dementia	1	1.2
ระยะเวลาที่ป่วย (mean 47.68, min 3, max 240, SD 37.92)		
0-29 เดือน	28	33.3
30-55 เดือน	29	34.5
มากกว่า 55 เดือน	27	32.1
TMSE (mean 15.50, min 1,max29, SD 0.78)		
Severe dementia (0-10)	24	28.6
Moderate dementia (11-18)	27	32.1
Mild dementia (19-23)	33	39.3

จากตารางที่ 3 พบว่าชนิดของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ Alzheimer disease มี 51 คน , รองลงมาคือ Dementia มี 13 คน, Vascular dementia 12 คน, Alzheimer with CVD 7 คน และ Parkinson disease with dementia 1 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7, 15.5, 14.3, 8.2, 1.2 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ป่วยพบมากที่สุดคือ 30-55 เดือน มี 29 คน, รองลงมาคือ 0-29 เดือน มี 28 คน และมากกว่า 55 เดือน มี 27 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5, 33.3 และ 32.1 ตามลำดับ

คะแนน TMSE ของผู้ป่วย พบมากที่สุดที่ระดับ Mild dementia มี 33 คน, รองลงมาคือ Moderate dementia มี 27 คน และ Severe dementia มี 24 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3, 32.1 และ 28.6 ตามลำดับ

1.4 คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBI, Chula ADL index, PSQI

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (Thai version) 17 items (HRS-D 17)

ผลการทดสอบ	จำนวน (คน) N = 84	ร้อยละ
No depression(0-7)	64	76.2
Depression(\geq 8)	20	23.8
- Mild depression(8-12)	9	10.7
-Less than major depression(13-17)	8	9.5
- Major depression(18-29)	3	3.6

จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลทั้งหมด 84 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 64 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 20 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยพบภาวะ mild depression 9 คน less than major depression 8 คน และ major depression 3 คน (ซึ่งได้ส่งต่อให้จิตแพทย์ประเมินต่อไป) คิดเป็นร้อยละ 10.7, 9.5 และ 3.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แบ่งช่วงอาการทางจิตประสาทตามความรุนแรง

ผลการทดสอบ NPI-Q Mean 9.83 SD 7.27 Min 0 Max 31	จำนวน (คน) n = 84	ร้อยละ
อาการทางจิตประสาทน้อย (คะแนนน้อยกว่า 2.56)	11	13.1
อาการทางจิตประสาทปานกลาง(คะแนน 2.56-17.10)	61	72.6
อาการทางจิตประสาทมาก(คะแนนมากกว่า 17.10)	12	14.3

คะแนน NPI-Q เป็นคำถาม 12 ข้อ โดยแต่ละข้อมีความรุนแรงโดยถามจากผู้ดูแลถึงอาการของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมาแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 คือ น้อย 2 คือปานกลาง 3 คือรุนแรง ดังนั้นจึงมีคะแนนเต็ม 36 คะแนน โดยจากตารางที่ 5 พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9.83 คะแนน น้อยที่สุด 0 คะแนน มากที่สุด 31 คะแนน

คำนวณแบ่งคะแนนโดยใช้ mean \pm SD โดย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

พบอาการทางจิตประสาทน้อย 13.1 %

พบอาการทางจิตประสาทปานกลาง 72.6 %

พบอาการทางจิตประสาทมาก 14.3 %

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลแบบสอบถาม Neuropsychiatric Inventory Questionnaire(NPI-Q)

รายการ	พบอาการ ร้อยละ	คะแนน เฉลี่ย	ฐานนิยม	มัธยฐาน
1 ความคิดหลงผิด	27.4	0.44	0	0
2 ประสาทหลอน	29.8	0.49	0	0
3 กระสับกระส่าย ก้าวร้าว	58.3	0.92	0	1
4 ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ	51.2	0.74	0	1
5 ความวิตกกังวล	57.1	1.04	0	1
6 อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ ครีมีใจ	25.0	0.44	0	0
7 ความเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์	45.2	0.87	0	0
8 ความไม่ยับยั้งชั่งใจ	45.2	0.82	0	0
9 อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	61.9	1.10	0	1
10 พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ	46.4	0.93	0	0
11 การนอนหลับ ปัญหาพฤติกรรมตอนกลางคืน	57.1	1.11	0	1
12 ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ	50.0	0.93	0	0

แบ่งแยกคะแนนตามค่าเฉลี่ยทั้ง 12 อาการ โดยพบว่า อาการอารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายพบได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 61.9 และ พบอาการ อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ ครีมีใจ น้อยที่สุด ร้อยละ 25.0

ความรุนแรงพบว่า การนอนหลับ และปัญหาพฤติกรรมตอนกลางคืนมีความรุนแรงมากที่สุด คือ 1.11 ต่อมาคือ อารมณ์หงุดหงิด เปลี่ยนแปลงง่าย 1.10 ส่วนที่รุนแรงน้อยที่สุดคือ อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ ครีมีใจ 0.44 คะแนน

ตารางที่ 7 แสดงดัชนีบาร์เทิล อินเด็กซ์ (Barthel Index Thai version)

ผลการทดสอบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	N = 84	
total dependence(0-4)	7	8.3
severe dependence(5-8)	3	3.6
moderate dependence(9-11)	8	9.5
mild dependence(12-19)	40	47.6
independence (20)	26	31.0

จากตารางที่ 7 พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมี 5 กลุ่ม จะพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องการการช่วยเหลือตลอดมี 7 คน , ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก 3 คน, ต้องการการช่วยเหลือปานกลาง 8 คน, ต้องการการช่วยเหลือบ้าง 40 คน และช่วยเหลือตัวเองได้ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 , 3.6 , 9.5 , 47.6 และ 31.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงรายละเอียดของคะแนน The Chula ADL Index (CAI)

รายการ (Mean 3.0 SD 1.84 Min 0 Max 7)	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	ฐานนิยม	มัธยฐาน
1 Walking outdoor (เดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน)	3	2.1429	3	2
2 Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว)	2	0.2381	0	0
3 Heavy house work (ทำความสะอาดดูบ้าน/ซักรีดผ้า)	1	0.1905	0	0
4 Money exchange (ทอนเงิน แลกเงิน)	1	0.2738	0	0
5 Public transport (เช่น ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว)	2	0.2262	0	0

ตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคือ 3 คะแนน น้อยที่สุด 0 คะแนน และมากที่สุด 7 คะแนน โดยพบว่า การเดินหรือเคลื่อนออกจากบ้านได้คะแนนสูงสุดคือ 2.1429 คะแนน ส่วนทำอาหารได้ 0.2381 คะแนน ,ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดผ้า ได้ 0.1905 คะแนน , ทอนเงิน แลกเงิน 0.2738 คะแนน ส่วนการเดินทางสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถสองแถว 0.2262 คะแนน

ตารางที่ 9 แสดงการแบ่งค่า The Chula ADL Index (CAI)

ผลการทดสอบ ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นสูง	จำนวน (คน) n = 84	ร้อยละ
ทำได้น้อย (คะแนนน้อยกว่า 1.17)	15	17.9
ทำปานกลาง(คะแนนระหว่าง 1.17-4.85)	51	60.7
ทำได้มาก(คะแนนมากกว่า 4.85)	18	21.4

จากตารางที่ 9 พบว่าการใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นตัวแบ่งออกเป็น ทำได้น้อย ทำได้ปานกลาง ทำได้มาก ผลที่ได้คือ ทำได้น้อย 15 คน ทำได้ปานกลาง 51 คน ทำได้มาก 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 , 60.7 และ 21.4 ตามลำดับ

คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล (PSQI)

ตารางที่ 10 แสดงลักษณะคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วย

คุณภาพการนอนหลับ (Mean 9.4 SD 3.38 Min 4 Max 19)	จำนวน หรือ ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
- คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	76	90.5
- คุณภาพการนอนหลับดี	8	9.5
- เวลาเข้านอน		
- ก่อนเที่ยงคืน	70	83.3
- ตั้งแต่เที่ยงคืนเป็นต้นไป	14	16.7
- ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ตั้งแต่เข้านอน จนหลับไป (นาที)	26.17	
- เวลาลุกจากที่นอน		
- ก่อน 6.00 น.	36	42.9
- ตั้งแต่ 6.00 น. เป็นต้นไป	48	57.1
- ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการนอนหลับ (ชั่วโมง)	6.27	

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี 76 คน และมีคุณภาพการนอนหลับดี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 และ 9.5 ตามลำดับ ผู้ดูแลเข้านอนก่อนเที่ยงคืน 70 คน ตั้งแต่เที่ยงคืนเป็นต้นไป 14 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 16.7 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป 26.17 นาที ผู้ดูแลลุกจากที่นอนก่อน 6.00 น. 36 คน ตั้งแต่ 6.00 น. เป็นต้นไป 48 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 และ 57.1 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการนอนหลับ 6.27 ชั่วโมง

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

องค์ประกอบการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี	
	จำนวน (n=76)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย				
ดีมาก	3	3.9	3	37.5
ดี	39	51.3	5	62.5
ไม่ค่อยดี	31	40.8	0	0
ไม่ดีเลย	3	3.9	0	0
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ				
น้อยกว่า 15 นาที	31	40.8	6	75.0
16-30 นาที	32	42.1	1	12.5
31-60 นาที	11	14.5	1	12.5
มากกว่า 60 นาที	2	2.6	0	0
ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน				
มากกว่า 7 ชั่วโมง	48	63.2	7	87.5
6-7 ชั่วโมง	17	22.4	1	12.5
5-6 ชั่วโมง	8	10.5	0	0
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	3	3.9	0	0
ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย				
มากกว่า 85 เปอร์เซนต์	0	0	8	100.0
75-84 เปอร์เซนต์	0	0	0	0
65-74 เปอร์เซนต์	0	0	0	0
น้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์	76	100.0	0	0

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน (ต่อ)

องค์ประกอบการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี	
	จำนวน (n=76)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ
การใช้ยานอนหลับ				
ไม่เคยใช้	58	76.3	8	100.0
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	7	9.2	0	0
ใช้ 1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์	4	5.2	0	0
ใช้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	7	9.2	0	0
ผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน				
- การง่วงนอนหรือเพลอหลับ				
ไม่เคยเลย	17	22.4	8	100.0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	17	22.4	0	0
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	23	30.3	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	19	25.0	0	0
- ปัญหาเกี่ยวกับการกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ				
ไม่เป็นปัญหา	23	30.3	7	87.5
เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย	34	44.7	1	12.5
เป็นปัญหาพอสมควร	12	15.8	0	0
เป็นปัญหามาก	7	9.2	0	0

จากตารางที่ 11 ผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี คิดเป็นร้อยละ 62.5, ใช้เวลาดังแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ น้อยกว่า 15 นาที ถึงร้อยละ 75.0, มีระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 87.5, มีประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยน้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 100.0, ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 100.0, ขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ไม่เคยง่วงนอนหรือเพลอหลับ ร้อยละ 100.0 และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ร้อยละ 87.5

ส่วนผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี คิดเป็นร้อยละ 51.3, ใช้เวลาดังแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 16-30 นาที ถึงร้อยละ 42.1, มีระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 63.2, มีประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยน้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 100.0, ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 76.3, ขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีการง่วงนอนหรือเพลอหลับ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 30.3 และมีปัญหาบ้างเล็กน้อยเกี่ยวกับการกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ร้อยละ 44.7

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ

ลักษณะสิ่งรบกวน	คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี	
	จำนวน (n=76)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ
นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 10 นาที				
ไม่มีปัญหา	26	34.2	8	100.0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	20	26.3	0	0
1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์	18	23.7	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	12	15.8	0	0
ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ				
ไม่มีปัญหา	11	14.5	7	87.5
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	30	39.5	1	12.5
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	13	17.1	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	22	28.9	0	0
ตื่นเข้าห้องน้ำ				
ไม่มีปัญหา	17	22.4	7	87.5
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	27	35.5	1	12.5
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	18	23.7	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	14	18.4	0	0
หายใจติดขัด				
ไม่มีปัญหา	48	63.2	8	100.0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	12	15.8	0	0
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	9	11.8	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	7	9.2	0	0

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ (ต่อ)

ลักษณะสิ่งรบกวน	คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี	
	จำนวน (n=76)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ
ไอหรือกรนเสียงดัง				
ไม่มีปัญหา	42	55.3	7	87.5
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	18	23.7	1	12.5
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	6	7.9	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	10	13.2	0	0
รู้สึกหนาวเกินไป				
ไม่มีปัญหา	47	61.8	8	100.0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	15	19.7	0	0
1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์	7	9.2	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	7	9.2	0	0
รู้สึกร้อนเกินไป				
ไม่มีปัญหา	49	64.5	8	100.0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	13	17.1	0	0
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	7	9.2	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	7	9.2	0	0
ฝันร้าย				
ไม่มีปัญหา	54	71.1	8	100.0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	14	18.4	0	0
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	5	6.6	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	3	3.9	0	0

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ (ต่อ)

ลักษณะสิ่งรบกวน	คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี	
	จำนวน (n=76)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ
เจ็บหรือปวดตามตัว				
ไม่มีปัญหา	26	34.2	7	87.5
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	28	36.8	1	12.5
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	4	5.5	0	0
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	18	23.7	0	0

จากตารางที่ 12 พบว่าในผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะไม่มีสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับในช่วง 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ส่วนในผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะพบว่า การตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดในช่วง 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 28.9

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	41	53.9	4	50.0	0.045 ^b	1.000
มากกว่า 50 ปี	35	46.1	4	50.0		
เพศ						
ชาย	13	17.1	0	0.0	1.619 ^b	0.347
หญิง	63	82.9	8	100.0		
ภูมิลำเนา						
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	49	64.5	4	50.0	0.651 ^b	0.459
ต่างจังหวัด	27	35.5	4	50.0		
ศาสนา						
พุทธ	71	93.4	6	75.0	3.215 ^b	0.131
อื่นๆ	5	6.6	2	25.0		
สถานภาพสมรส						
โสด	29	38.2	1	12.5	2.075 ^b	0.249
อื่นๆ	47	61.8	7	87.5		
รายได้						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	52	68.4	4	50.0	1.105 ^b	0.431
มากกว่า 20,000 บาท	24	31.6	4	50.0		

* P < 0.05 , ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 13 พบว่า อายุ, เพศ, ภูมิลำเนา, ศาสนา, สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การศึกษา						
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	44	57.9	4	50.0	0.184 ^b	0.720
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	32	42.1	4	50.0		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
ผู้ดูแลที่เป็นบุตร	48	63.2	4	50.0	0.531 ^b	0.473
ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุตร	28	36.8	4	50.0		
เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง/วัน	41	53.9	4	50.0	0.045 ^b	1.000
มากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน	35	46.1	4	50.0		
เวลาพักผ่อนหย่อนใจ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ชั่วโมง/สัปดาห์	38	50.0	4	50.0	<0.001 ^b	1.000
มากกว่า 15 ชั่วโมง/สัปดาห์	38	50.0	4	50.0		
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	30	39.5	6	75.0	3.730 ^b	0.069
มีโรคประจำตัว	46	60.5	2	25.0		

* $P < 0.05$, ^b = Fisher's Exact

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัวที่พบ						
- Cardiovascular disease (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ)						
ไม่มี	55	72.4	6	75.0	0.025 ^b	1.000
มี	21	27.6	2	25.0		
- โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ						
ไม่มี	51	67.1	8	100.0	3.747 ^b	0.098
มี	25	32.9	0	0.0		

* $P < 0.05$, ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 13 (ต่อ) พบว่า การศึกษา, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย, เวลาพักผ่อน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	46	60.5	7	87.5	2.262 ^b	0.248
มากกว่า 80 ปี	30	39.5	1	12.5		
เพศ						
ชาย	18	23.7	5	62.5	5.485 ^b	0.032 *
หญิง	58	76.3	3	37.5		
ภูมิลำเนา						
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	50	65.8	6	75.0	0.276 ^b	0.713
ต่างจังหวัด	26	34.2	2	25.0		
สถานภาพสมรส						
โสด	6	7.9	0	0.0	0.680 ^b	1.000
อื่นๆ	70	92.1	8	100.0		
รายได้						
ไม่มีรายได้	53	69.7	5	62.5	0.177 ^b	0.698
มีรายได้	23	30.3	3	37.5		
การศึกษา						
ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า	40	52.6	3	37.5	0.663 ^b	0.478
สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	36	47.4	5	62.5		

* P < 0.05 , ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 14 พบว่า เพศของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม						
Alzheimer	48	63.2	3	37.5	1.998 ^b	0.253
อื่นๆ	28	36.8	5	62.5		
ระยะเวลาที่ป่วย						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 เดือน	39	51.3	4	50.0	0.005 ^b	1.000
มากกว่า 40 เดือน	37	48.7	4	50.0		
ระดับพุทธิปัญญา						
severe dementia	26	34.2	7	87.5	8.618 ^b	0.005*
mild to moderate dementia	50	65.8	1	12.5		

* P < 0.05 , ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 15 พบว่า ระดับพุทธิปัญญาในผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, MBI, Chula ADL index, NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
HAM-D						
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	56	73.7	8	100.0	2.763 ^b	0.189
มีภาวะซึมเศร้า	20	26.3	0	0.0		
MBAI						
dependence	52	68.4	6	75.0	0.147 ^b	1.000
independence	24	31.6	2	25.0		
Chula ADL index						
mild to moderate ADL	61	80.3	5	62.5	1.356 ^b	0.360
good ADL	15	19.7	3	37.5		
NPI-Q						
mild	10	13.2	1	12.5	0.003 ^b	1.000
moderate to severe	66	86.8	7	87.5		

* P< 0.05 , ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 16 พบว่า ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, MBI, Chula ADL index, NPI-Q ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ความคิดหลงผิด						
- ไม่พบอาการ	54	71.1	7	87.5	0.985 ^b	0.436
- พบอาการ	22	28.9	1	12.5		
2. ประสาทหลอน						
- ไม่พบอาการ	52	68.4	7	87.5	1.260 ^b	0.426
- พบอาการ	24	31.6	1	12.5		
3. กระสับกระส่าย ก้าวร้าว						
- ไม่พบอาการ	30	39.5	5	62.5	1.579 ^b	0.268
- พบอาการ	46	60.5	3	37.5		
4. ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ						
- ไม่พบอาการ	37	48.7	4	50.0	0.005 ^b	1.000
- พบอาการ	39	51.3	4	50.0		
5. ความวิตกกังวล						
- ไม่พบอาการ	30	39.5	6	75.0	3.730 ^b	0.069
- พบอาการ	46	60.5	2	25.0		
6. อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุครีมีใจ						
- ไม่พบอาการ	57	75.0	6	75.0	< 0.001	1.000
- พบอาการ	19	25.0	2	25.0	^b	

* P < 0.05 , ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 17 พบว่า ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน, กระสับกระส่ายก้าวร้าว, ซึมเศร้าละเหี่ยวใจ, ความวิตกกังวล และอารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุครีมีใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact (ต่อ)

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7. ความเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์						
- ไม่พบอาการ	40	52.6	6	75.0	1.462 ^b	0.284
- พบอาการ	36	47.4	2	25.0		
8. ความไม่ยับยั้งชั่งใจ						
- ไม่พบอาการ	39	51.3	7	87.5	3.825 ^b	0.067
- พบอาการ	37	48.7	1	12.5		
9. อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย						
- ไม่พบอาการ	26	34.2	6	75.0	5.107 ^b	0.049 *
- พบอาการ	50	65.8	2	25.0		
10. พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ						
- ไม่พบอาการ	37	48.7	8	100.0	7.663 ^b	0.006 *
- พบอาการ	39	51.3	0	0.0		
11. การนอนหลับ ปัญหาพฤติกรรม ตอนกลางคืน						
- ไม่พบอาการ	33	43.4	3	37.5	0.104 ^b	1.000
- พบอาการ	43	53.6	5	62.5		

* P < 0.05 , ^b = Fisher's Exact

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact (ต่อ)

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q	คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล				χ^2	P-value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
12. ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ						
- ไม่พบอาการ	36	47.4	6	75.0	2.211 ^b	0.265
- พบอาการ	40	52.6	2	25.0		

* $P < 0.05$, ^b = Fisher's Exact

จากตารางที่ 17 (ต่อ) พบว่า อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในแต่ละปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ T-Test

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ T-Test

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน	\bar{x}	S.D.	T	P-value
อายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	45	9.467	3.590	0.076	0.939
มากกว่า 50 ปี	39	9.410	3.177		
เพศ					
ชาย	13	8.385	2.181	-1.696	0.102
หญิง	71	9.634	3.539		
ภูมิลำเนา					
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	53	9.396	3.313	-0.153	0.879
ต่างจังหวัด	31	9.516	3.558		
ศาสนา					
พุทธ	77	9.623	3.407	2.143	0.064
อื่นๆ	7	7.429	2.507		
สถานภาพสมรส					
โสด	30	9.267	3.600	-0.340	0.735
อื่นๆ	54	9.537	3.289		
รายได้					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	56	9.643	3.472	0.793	0.431
มากกว่า 20,000 บาท	28	9.036	3.226		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 18 พบว่า อายุ, เพศ, ภูมิลำเนา, ศาสนา, สถานภาพสมรส และรายได้ของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ T-Test (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน	\bar{x}	S.D.	T	P-value
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ผู้ดูแลที่เป็นบุตร	52	9.827	3.546	1.389	0.169
ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุตร	32	8.812	3.052		
เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง/วัน	45	9.311	3.281	-0.372	0.711
มากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน	39	9.590	3.537		
เวลาพักผ่อน					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ชั่วโมง/สัปดาห์	42	9.762	3.950	0.869	0.387
มากกว่า 15 ชั่วโมง/สัปดาห์	42	9.119	2.716		
การศึกษา					
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	48	9.958	3.537	1.668	0.099
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	36	8.750	3.083		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	36	8.222	2.486	-2.991	0.004 *
มีโรคประจำตัว	48	10.354	3.693		
โรคประจำตัวที่พบ					
- Cardiovascular disease (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ)					
ไม่มี	23	10.130	3.946	1.037	0.307
มี	61	9.180	3.144		
- โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ					
ไม่มี	25	11.240	3.395	3.243	0.002 *
มี	59	8.678	3.104		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 18 (ต่อ) พบว่า การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล และโรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 19 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ T-Test

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	\bar{x}	S.D.	T	P-value
อายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	53	9.359	3.397	-0.288	0.774
มากกว่า 80 ปี	31	9.581	3.413		
เพศ					
ชาย	23	7.478	2.574	-3.922	<0.001 *
หญิง	61	10.180	3.374		
ภูมิลำเนา					
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	56	8.982	3.419	-1.823	0.074
ต่างจังหวัด	28	10.357	3.176		
สถานภาพสมรส					
โสด	6	10.833	1.941	1.697	0.129
อื่นๆ	78	9.333	3.455		
รายได้					
ไม่มีรายได้	58	9.052	3.374	-1.599	0.116
มีรายได้	26	10.308	3.308		
การศึกษา					
ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า	43	9.977	3.461	1.501	0.137
สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	41	8.878	3.250		

* P < 0.05

จากตารางที่ 19 พบว่า เพศของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน

ตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน โดยใช้สถิติ T-Test

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	\bar{x}	S.D.	T	P-value
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม					
Alzheimer	51	9.922	3.423	1.656	0.102
อื่นๆ	33	8.697	3.235		
ระยะเวลาที่ป่วย					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 เดือน	43	9.419	3.660	-0.061	0.952
มากกว่า 40 เดือน	41	9.463	3.115		
ระดับพุทธิปัญญา					
mild dementia	33	8.515	3.212	2.078	0.041 *
moderate to severe dementia	51	10.039	3.388		

* P< 0.05

จากตารางที่ 20 พบว่า ชนิดของภาวะสมองเสื่อม, ระยะเวลาที่ป่วย และระดับพุทธิปัญญาของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05

3.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถามHAM-D, MBAI, Chula ADL index, NPI-Q

ตารางที่ 21 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, MBAI, Chula ADL index, NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม	จำนวน	\bar{x}	S.D.	t	P-value
HAM-D					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	64	8.453	2.654	-4.775	<0.001 *
มีภาวะซึมเศร้า	20	12.600	3.589		
MBAI					
dependence	58	9.535	3.686	0.428	0.670
independence	26	9.231	2.643		
Chula ADL index					
mild to moderate ADL	66	9.409	3.374	-0.158	0.876
good ADL	18	9.556	3.518		
NPI-Q					
mild	11	7.455	1.753	-2.132	0.036 *
moderate to severe	73	9.740	3.476		

* P< 0.05

จากตารางที่ 21 พบว่า คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D และ NPI-Q มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05

ตารางที่ 22 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	P-value
1. ความคิดหลงผิด					
- ไม่พบอาการ	61	9.443	3.571	0.010	0.992
- พบอาการ	23	9.435	2.905		
2. ประสาทหลอน					
- ไม่พบอาการ	59	9.136	3.501	-1.349	0.183
- พบอาการ	25	10.160	3.037		
3. กระสับกระส่าย ก้าวร้าว					
- ไม่พบอาการ	35	8.543	2.994	-2.154	0.034 *
- พบอาการ	49	10.082	3.529		
4. ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ					
- ไม่พบอาการ	41	9.049	3.435	-1.035	0.304
- พบอาการ	43	9.814	3.333		
5. ความวิตกกังวล					
- ไม่พบอาการ	36	8.528	3.476	-2.161	0.034 *
- พบอาการ	48	10.125	3.180		
6. อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุครีมีใจ					
- ไม่พบอาการ	63	9.413	3.320	-0.123	0.903
- พบอาการ	21	9.524	3.655		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 22 พบว่า อาการกระสับกระส่ายก้าวร้าว และความวิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 22 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test (ต่อ)

ข้อมูลของคะแนนจากแบบสอบถาม	จำนวน	\bar{X}	S.D.	t	P-value
7. ความเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์					
- ไม่พบอาการ	46	9.065	3.690	-1.144	0.256
- พบอาการ	38	9.895	2.957		
8. ความไม่ขยับยั้งใจ					
- ไม่พบอาการ	46	8.717	3.277	-2.200	0.031 *
- พบอาการ	38	10.316	3.346		
9. อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย					
- ไม่พบอาการ	32	8.594	3.359	-1.819	0.073
- พบอาการ	52	9.962	3.325		
10. พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ					
- ไม่พบอาการ	45	8.489	2.997	-2.855	0.006 *
- พบอาการ	39	10.539	3.508		
11. การนอนหลับ					
ปัญหาพฤติกรรมตอนกลางคืน					
- ไม่พบอาการ	36	9.361	3.127	-0.189	0.851
- พบอาการ	48	9.500	3.597		
12. ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ					
- ไม่พบอาการ	42	8.905	3.222	-1.461	0.148
- พบอาการ	42	9.976	3.496		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 22 (ต่อ) พบว่า ความไม่ขยับยั้งใจ และพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล

ปัจจัย	B	S.E.	R ²	t	p-value
คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D	0.260	0.062	0.276	4.191	<0.001
เพศของผู้ป่วย (เพศหญิง)	1.782	0.706	0.320	2.524	0.014
โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย	1.472	0.625	0.364	2.356	0.021
Constant	4.108	1.251		3.283	0.002

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า มีตัวแปรอิสระเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้น ได้แก่ คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, เพศของผู้ป่วย (เพศหญิง) และ โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลได้ โดย

ตัวแปรอิสระ 1 ตัว (คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D) สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ได้ถึง 27.6%

ตัวแปรอิสระ 2 ตัว (คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, เพศของผู้ป่วย (เพศหญิง)) สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ได้ถึง 32.0%

ตัวแปรอิสระ 3 ตัว (คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, เพศของผู้ป่วย (เพศหญิง), โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย) สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ได้ถึง 36.4%

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วย แสดงด้านล่าง

$$Y = 4.108 + 0.260 X_1 + 1.782 X_2 + 1.472 X_3$$

เมื่อ

Y = คุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วย

X₁ = คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D

X₂ = เพศของผู้ป่วย (เพศหญิง)

X₃ = โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารักษาโรคสมองเสื่อม ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกจิตเวชศาสตร์ เริ่มตั้งแต่ พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับอนุญาต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (H-RSD), แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (MBAI), แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (CAI), แบบสอบถาม NPI-Q, และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ใช้สถิติ T-Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย, ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน และคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBAI, Chula ADL index

ใช้สถิติ Multiple Linear Regression เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยใช้ตัวแปรจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย, ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน และคะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBAI, Chula ADL index

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 84 คน พบว่าเป็นเพศชาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 และเพศหญิง 71 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 มีอายุเฉลี่ย 50.62 ปี โดยมากที่สุดอายุ 83 ปี และน้อยที่สุดอายุ 16 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี พบ 25 คน รองลงมาได้แก่ช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี พบ 23 คน ช่วงอายุ 46-50 ปี พบ 20 คน ช่วงอายุ 51-55 ปี พบ 16 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 29.8, 27.4, 23.8 และ 19.0 ตามลำดับ

ภูมิลำเนาพบว่า มีภูมิลำเนากรุงเทพฯ 53 คน มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด 31 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 63.1 และ 36.9 ตามลำดับ

การนับถือศาสนา พบว่า นับถือศาสนาพุทธ 77 คน ศาสนาคริสต์ 3 คน ศาสนาอิสลาม 4 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 91.7, 3.6 และ 4.8 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสพบว่าเป็นโสด 30 คน แต่งงาน 40 คน หม้าย 9 คน และหย่าร้าง 5 คน โดยสามารถคิดเป็นร้อยละ 35.7, 47.6, 10.7 และ 6.0 ตามลำดับ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยรวม 20,127 บาท น้อยที่สุดคือ ไม่มีรายได้ มากที่สุด 400,000 บาท โดยมีรายได้

0- 7,000 บาท 28 คน, 7,001 - 20,000 บาท 28 คน, 20,001 บาทขึ้นไป 28 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3, 33.3 และ 33.3 ตามลำดับ

การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่ามี 15 คน, ประถมศึกษาตอนปลาย มี 7 คน, มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า 9 คน, มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า 17 คน, ปริญญาตรี 28 คน, ปริญญาโท 7 คน, ปริญญาเอก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9, 8.3, 10.7, 20.2, 33.3, 8.3 และ 1.2 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร 52 คน รองลงมาเป็น ลูกจ้าง 13 คน, ภรรยา 7 คน, สามี 6 คน, พี่น้อง 3 คน และหลาน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9, 15.5, 8.3, 7.1, 3.6 และ 3.6 ตามลำดับ

เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ย 14.6 ชั่วโมงต่อวัน พบว่าใช้เวลาวันละ 0 - 10 ชั่วโมงมี 31 คน, 11 - 20 ชั่วโมง 26 คน, มากกว่า 20 ชั่วโมง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9, 31.0 และ 32.1 ตามลำดับ

เวลาพักผ่อน เฉลี่ย 14.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มากที่สุด 200 ชั่วโมง น้อยที่สุด 0 ชั่วโมง โดยใน 1 สัปดาห์พักผ่อน น้อยกว่า 25 ชั่วโมงมี 32 คน, 25 - 48 ชั่วโมง 16 คน และมากกว่า 48 ชั่วโมง 36 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.1, 19.0 และ 42.9 ตามลำดับ

ไม่มีโรคประจำตัว 36 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0, มีโรคประจำตัว 48 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยพบว่าเป็นโรคไขข้อ และปวดกล้ามเนื้อมากที่สุดคือ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8, Cardiovascular disease (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ) 23 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4, อื่นๆ (ไขมัน, ลมชัก, ไทรอยด์เป็นพิษ, ถุงลมโป่งพอง, ภาวะอาหาร, ภูมิแพ้, Hyperprolactinemia) 14 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเพศชาย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 และเป็นเพศหญิง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 72.6

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 76.20 ปี อายุน้อยสุด 53 ปี มากที่สุด 97 ปี อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปีมี 21 คน, 71-80 ปี 29 คน, 81-90 ปี 25 คน และมากกว่า 90 ปี 6 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9, 35.8, 30.9 และ 7.4 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ 58 คน รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท 11 คน รายได้ระหว่าง 10,000- 20,000บาท 10 คน รายได้ 20,001 บาทขึ้นไป 5 คน คนโดยคิดเป็นร้อยละ 69.0, 13.1, 11.9 และ 6.0 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่าจบประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า จำนวน 43 คน ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 6 คน มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า จำนวน 7 คน มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 11 คน ปริญญาตรี 14 คน ปริญญาโท 2 คน ปริญญาเอก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2, 7.1, 8.3, 13.1, 16.7, 2.4 และ 1.2 ตามลำดับ

ข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน

พบว่าชนิดของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ Alzheimer disease มี 51 คน, รองลงมาคือ Dementia มี 13 คน, Vascular dementia 12 คน, Alzheimer with CVD 7 คน และ Parkinson disease with dementia 1 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7, 15.5, 14.3, 8.2, 1.2 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ป่วยพบมากที่สุดคือ 30-55 เดือน มี 29 คน, รองลงมาคือ 0-29 เดือน มี 28 คน และมากกว่า 55 เดือน มี 27 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5, 33.3 และ 32.1 ตามลำดับ

คะแนน TMSE ของผู้ป่วย พบมากที่สุดที่ระดับ Mild dementia มี 33 คน, รองลงมาคือ Moderate dementia มี 27 คน และ Severe dementia มี 24 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3, 32.1 และ 28.6 ตามลำดับ

คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, NPI-Q, MBI, Chula ADL index, PSQI

คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D พบว่าผู้ดูแลทั้งหมด 84 คน มีภาวะซึมเศร้า 64 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 20 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยพบภาวะ mild depression 9 คน less than major depression 8 คน และ major depression 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7, 9.5 และ 3.6 ตามลำดับ

คะแนน NPI-Q มาจากคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อมีความรุนแรงโดยตามจากผู้ดูแลถึงอาการของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีคะแนนตั้งแต่ 1 คือน้อย, 2 คือปานกลาง, 3 คือรุนแรง ดังนั้นจึงมีคะแนนเต็ม 36 คะแนน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9.83 คะแนน น้อยที่สุด 0 คะแนน มากที่สุด 31 คะแนน คำนวณแบ่งคะแนนโดยใช้ mean \pm SD โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม พบอาการทางจิตประสาทน้อย 13.1 % พบอาการทางจิตประสาทปานกลาง 72.6 % พบอาการทางจิตประสาทมาก 14.3 % เมื่อแบ่งแยกคะแนนตามค่าเฉลี่ยทั้ง 12 อาการ พบว่า อาการอารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายพบได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 61.9 และ พบอาการ อารมณ์ร้ายเกินเหตุ ครีมีใจ น้อยที่สุด ร้อยละ 25.0 ส่วนความรุนแรงพบว่า การนอนหลับ และปัญหาพฤติกรรมตอนกลางคืนมีความรุนแรงมากที่สุด คือ 1.11 ต่อมาคือ อารมณ์หงุดหงิด เปลี่ยนแปลงง่าย 1.10 ส่วนที่รุนแรงน้อยที่สุดคือ อารมณ์ร้ายเกินเหตุ ครีมีใจ 0.44 คะแนน

คะแนน MBI พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยมี 5 กลุ่ม จะพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องการความช่วยเหลือตลอดมี 7 คน , ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก 3 คน, ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง 8 คน, ต้องการความช่วยเหลือบ้าง 40 คน และช่วยเหลือตัวเองได้ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 , 3.6 , 9.5 , 47.6 และ 31.0 ตามลำดับ

คะแนน Chula ADL index พบว่าคะแนนเฉลี่ยคือ 3 คะแนน น้อยที่สุด 0 คะแนน และมากที่สุด 7 คะแนน โดยพบว่า การเดินหรือเคลื่อนออกจากบ้านได้คะแนนสูงสุดคือ 2.1429 คะแนน ส่วนทำอาหารได้ 0.2381 คะแนน , ทำความสะอาดบ้าน /ซักผ้า ได้ 0.1905 คะแนน , ทอนเงิน แลกเงิน 0.2738 คะแนน ส่วนการเดินทางสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถสองแถว 0.2262 คะแนน เมื่อใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นตัวแบ่งออกเป็น ทำได้น้อย ทำได้ปานกลาง ทำได้มาก ผลที่ได้คือ ทำได้น้อย 15 คน ทำได้ปานกลาง 51 คน ทำได้มาก 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 , 60.7 และ 21.4 ตามลำดับ

คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล (PSQI) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคือ 9.4 คะแนน น้อยที่สุด 4 คะแนน และมากที่สุด 19 คะแนน มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี 76 คน และมีคุณภาพการนอนหลับดี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 และ 9.5 ตามลำดับ ผู้ดูแลเข้านอนก่อนเที่ยงคืน 70 คน ตั้งแต่เที่ยงคืนเป็นต้นไป 14 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3

และ 16.7 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป 26.17 นาที ผู้ดูแลลูกจากที่นอนก่อน 6.00 น. 36 คน ตั้งแต่ 6.00 น. เป็นต้นไป 48 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 และ 57.1 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการนอนหลับ 6.27 ชั่วโมง ซึ่งผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี คิดเป็นร้อยละ 62.5, ใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ น้อยกว่า 15 นาที ถึงร้อยละ 75.0, มีระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 87.5, มีประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัยน้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 100.0, ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 100.0, ขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ไม่เคยง่วงนอนหรือผลอหลับ ร้อยละ 100.0 และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ร้อยละ 87.5 ส่วนผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี คิดเป็นร้อยละ 51.3, ใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 16-30 นาที ถึงร้อยละ 42.1, มีระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 63.2, มีประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัยน้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 100.0, ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 76.3, ขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีการง่วงนอนหรือผลอหลับ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 30.3 และมีปัญหาบ้างเล็กน้อยเกี่ยวกับการกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ร้อยละ 44.7 และพบว่าในผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะไม่มีสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับในช่วง 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า ส่วนในผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะพบว่า การตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดในช่วง 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 28.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact พบว่า เพศของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact พบว่า ระดับพุทธิปัญญาในผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของคะแนนย่อยจากแบบสอบถาม NPI-Q กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact พบว่า อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ในข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ T-Test พบว่า การมีโรคประจำตัว และโรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ มีความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และมีโรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ในข้อมูลส่วน

บุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ T-Test พบว่า เพศของผู้ป่วย มีความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยผู้ป่วยเพศชาย มีคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลดีกว่าผู้ป่วยเพศหญิง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ในแบบสอบถาม HAM-D โดยใช้สถิติ T-Test พบว่า คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D มีความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ในคะแนนรวมจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test พบว่า คะแนนรวมจากแบบสอบถาม NPI-Q มีความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยผู้ดูแลที่ได้คะแนนจากแบบสอบถาม NPI-Q ในระดับ mild มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามในระดับ moderate to severe

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ในคะแนนย่อยจากแบบสอบถาม NPI-Q โดยใช้สถิติ T-Test พบว่า อาการกระสับกระส่ายก้าวร้าว, ความวิตกกังวล, ความไม่ยับยั้งชั่งใจ และพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ มีความแตกต่างกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่พบอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว, ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่พบอาการวิตกกังวล มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบอาการวิตกกังวล, ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่พบอาการไม่ยับยั้งชั่งใจ มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบอาการไม่ยับยั้งชั่งใจ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่พบพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบอาการ

เมื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยใช้ Multiple linear regression พบว่า คะแนนจากแบบสอบถาม HAM-D, เพศของผู้ป่วย (เพศหญิง) และ โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย และสามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ได้ถึง 36.4%

อภิปรายผลการวิจัย

จะอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนไม่ดีสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ McCurry SM และ Teri L(1995)⁽²⁷⁾ ซึ่งศึกษารูปแบบของปัญหาการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และความสัมพันธ์ของปัญหาดังกล่าวกับปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบผู้ดูแลที่มีปัญหาการนอน 68% ส่วนการศึกษาของ Moran M(2005)⁽³³⁾ ศึกษาความชุกของการรบกวนการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาการนอน 24.5% ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ และปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ เช่น ชนิดและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยจากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

เพศของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mills PJ และคณะ(2009)⁽³⁴⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลเพศชายที่ดูแลคู่สมรสที่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับผลกระทบด้านการนอนหลับมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิงที่ดูแลคู่สมรสที่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเป็นผลกระทบจากการตื่นขึ้นมากลางดึก ซึ่งมีการศึกษาของ Goldman SE(2007)⁽³⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่มีระดับกิจกรรมทางกายต่ำ และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลได้ ซึ่งจากการทบทวนการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิง มีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

ระดับพุทธิปัญญาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับพุทธิปัญญาสูง หรือมีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่ำ จะมีความเสี่ยงต่อการรบกวนการนอนของผู้ดูแลผู้ป่วยได้สูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับพุทธิปัญญาต่ำ หรือมีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang B และคณะ(2013)⁽³⁶⁾ ที่ศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลกระทบต่อเกิดการระการดูแลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ ในผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fuh JL(2005)⁽³⁷⁾ และ Lyketsos CE(2000)⁽³⁸⁾ ซึ่งศึกษาปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล พบว่าพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ มีผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองผลการศึกษายังพบว่า นอกจากพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ แล้ว อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว ของผู้ป่วยก็มีผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญด้วยเช่นกัน ซึ่งการศึกษานี้ไม่พบเนื่องจากความแตกต่างของชนิดภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยแต่ละราย รวมไปถึงความรุนแรงของอาการที่ต่างกัน ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่นำไปสู่การศึกษาในครั้งต่อไป

เมื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยใช้ linear regression analysis พบว่า คะแนนจากแบบสอบถาม HRS-D การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง และการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย และสามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล ได้ถึง 36.4% สอดคล้องกับการศึกษาของเฟื่องฟ้า สีสวย(2007)⁽³⁹⁾ ซึ่งได้หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมมี 3 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัวทางกาย โดยรวมกันอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 44.7 ดังนั้นปัจจัยทำนายที่พบร่วมกันคือ การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อทบทวนในการศึกษานี้ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ จะมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรค ซึ่งอาจนำไปสู่การศึกษาครั้งต่อไป ว่าการมีโรคประจำตัวดังกล่าว ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ เวลาหนึ่ง (cross-sectional) ที่มุ่งศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นหลัก ผู้วิจัยเห็นว่าจะระยะเวลาในการป่วยมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล รวมทั้งอาจมีปัจจัยกระตุ้นต่างๆและภาวะกดดันในชีวิตที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นอาจจะออกแบบการวิจัยเป็นการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยครั้งแรกและติดตามต่อเนื่องเป็นระยะๆจะแสดงให้เห็นความชัดเจนของความสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้ในการป้องกัน การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป.

2. การวิจัยนี้ใช้ประชากรตัวอย่างในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉพาะแผนกจิตเวช ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้จะคัดเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เท่านั้น ประชากรที่ศึกษาคงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ทั้งหมด เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอาจมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาคและวัฒนธรรม ระดับเศรษฐฐานะและสังคมของผู้ดูแล และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนในการศึกษานี้ พบว่าระดับเศรษฐฐานะและสังคมของผู้ดูแลมีแนวโน้มว่าจะสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาที่โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสทำให้ผู้ดูแลเกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงต่อไป
2. อาจจะเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้น โดยขยายไปที่ผู้ป่วยในคลินิกอื่นๆ ผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและนำไปใช้ต่อ

1. เพื่อให้ญาติ และผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ได้ตระหนักถึงคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อจะได้เข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วย และติดตามให้ดูแลการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดหรือป้องกันผลจากคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี
2. เพื่อนำไปวางแผนดูแลผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เช่น ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว ผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิง เป็นต้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

รายการอ้างอิง


- (1) McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Teri, L., and Vitiello, M.V. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. Sleep Med Rev 11(April 2007) : 143-153.
- (2) Rowe, M.A., McCrae, C.S., Campbell, J.M., Benito A.P., and Cheng, J. Sleep Pattern Differences Between Older Adult Dementia Caregivers and Older Adult Noncaregivers Using Objective and Subjective Measures. Journal of Clinical Sleep Medicine 4 (March 2008) : 361-369.
- (3) Happe, S., and Berger, K. The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson's disease. Age and Ageing 31 (2002) : 349-354.
- (4) McCurry, S.M., Pike, K.C., Vitiello, M.V., Logsdon, R.G., and Teri, L. Factors Associated with Concordance and Variability of Sleep Quality in Persons with Alzheimer's Disease and their Caregivers. SLEEP 31 (2008) : 741-748.
- (5) Allegri, R.F., et al. Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2 (2006) : 105-110.
- (6) Shaji, K.S., George, R.K., Prince, M.J., and Jacob, K.S. Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. Indian J Psychiatry 51 (2009) : 45-49.
- (7) Lökk, J. Caregiver strain in Parkinson's disease and the impact of disease duration. EUR J PHYS REHABIL MED 44 (2008) : 39-45.
- (8) Cifu, D.X., et al. Caregiver distress in parkinsonism. Journal of Rehabilitation Research & Development 43 (July 2006) : 499-508.
- (9) Ferrara, M., Langiano, E., Brango, T.D., Vito, E.D., Cioccio, L.D., and Bauco, C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. Health and Quality of Life Outcomes 6 (November 2008) : 93.
- (10) Raivio, M., et al. How Do Officially Organized Services Meet the Needs of Elderly Caregivers and Their Spouses With Alzheimer's Disease?. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22 (October 2007) : 360-368.
- (11) Schulz, R., et al. Dementia Caregiver Intervention Research: In Search of Clinical Significance. The Gerontologist 42 (2002) : 589-602.

- (12) Sorensen, S., Pinquart, M., and Duberstein, P. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist* 42 (2002) : 356-372.
- (13) Acton, G.J., and Kang, J. Interventions to Reduce the Burden of Caregiving for an Adult With Dementia: A Meta-Analysis. *Research in Nursing & Health* 24 (2001) : 349-360.
- (14) Williams, G.O., Gjerde, C.L., Haugland, S., Darnold, D., Simonton, L.J., and Woodward, P.J. Patients With Dementia and Their Caregivers 3 Years After Diagnosis. *Arch Fam Med* 4 (1995) : 512-517.
- (15) ณภัศวรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (16) อรพินทร์ เชียงป้า. นาฬิกาชีวภาพกับการนอนหลับ. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 4 (มกราคม-มิถุนายน 2555) : 145-155.
- (17) Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., and Kupfer, D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research* 28 (1989) : 193-213.
- (18) Kerklund, G., and Akerstedt, T. Objective components of individual differences in subjective sleep quality. *J. Sleep Res* 6 (1997) : 217-220.
- (19) Floyd JA. Another look at napping in older adults. *Geriatr Nurs* 16 (1995) : 136-8.
- (20) สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม. 2546.
- (21) สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. 2544.
- (22) เตือนใจ ภักดีพรหม. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- (23) สุปราณี สมบูรณ์. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- (24) สกาวรัตน์ เทพประสงค์. อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

- (25) พรรณี จันทร์อินทร์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- (26) สาธิตา แรกคำนวน. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 57 (กรกฎาคม - กันยายน 2555) : 335-346.
- (27) McCurry, S.M., and Teri, L. Sleep disturbances in elderly caregivers of dementia patients. Clinical gerontologist 16 (1995) : 51-66.
- (28) มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41 (2539) : 235-246.
- (29) ปิยะภัทร เดชพระธรรม, และคนอื่นๆ. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เชลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 16 (2549) : 1-9.
- (30) Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., and Ebrahim, S. The meaning of activities of daily living in a Thai population: Development of a new index. Age-Ageing 23 (1994) : 97-101.
- (31) Kaufer, D.I., et al. Validation of the NPI-Q , A brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 12 (2000) : 233-239.
- (32) ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42 (กรกฎาคม - กันยายน) : 123-132.
- (33) Moran, M., Lynch, C.A., Walsh, R., Coen, R., Coakley, D., and Lawlor, B.A. Sleep disturbance in mild to moderate alzheimer's disease. Sleep Medicine 6 (2005) : 347-352.
- (34) Mills, P.J., et al. Effect of gender and dementia severity on Alzheimer's disease caregivers' sleep and biomarkers of coagulation and inflammation. Brain, Behavior, and Immunity 23 (2009) : 605-610.
- (35) Goldman, S.E., et al. Poor sleep is associated with poorer physical performance and greater functional limitations in older women. SLEEP 30 (2007) : 1317-1324.
- (36) Tang, B., et al. Clinical characterization and the caregiver burden of dementia in china. Value in Health Regional Issues (2013).
- (37) Fuh, J.L., Wang, S.J., and Cumming, J.L. Neuropsychiatric profiles in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 76 (2005) : 1337-1341.

- (38) Lyketsos, C.G., Steinberg, M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Steffens, D.C., and Breitner J.C. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the cache county study on memory in aging. Am J Psychiatry 157 (2000) : 708-714.
- (39) เฟื่องฟ้า สีสวย. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

ภาคผนวก

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ ว่าที่ร้อยตรี วรวิมล รมไทร

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564298 มือถือ 086-9719081

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความถดถอยของพุทธิปัญญา ซึ่งนอกจากจะมีปัญหาในเรื่องความจำแล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีอาการทางจิตประสาทซึ่งเป็นภาระอย่างยิ่งต่อผู้ดูแล และอาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษา คือ 84 คน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอซักประวัติเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบเพื่อประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน...แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง แบบสอบถามอาการทางจิตประสาท และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอก และประเมินด้วยตัวท่านเอง ส่วนข้อมูลทางการแพทย์ แบบทดสอบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบทดสอบอาการทางจิตประสาท แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ผู้ทำวิจัยหรือแพทย์เป็นผู้กรอก และ ประเมิน


หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบแพทย์ในวันนี้เพื่อให้ท่านได้กรอกประวัติส่วนตัว ทั้งของท่าน และของผู้ป่วย ตอบแบบสอบถามทั้งแบบตอบด้วยตนเอง และโดยการสัมภาษณ์ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือประมาณ 30-40 นาที และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 1 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยง เช่น เสียเวลา อาจดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ขณะเข้าร่วมวิจัย อาจหงุดหงิด ปวดศีรษะ ตาลาย ไม่สบายระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบสัมภาษณ์

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมคุณภาพการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้


- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ ว่าที่ร้อยตรี วรุฒิ รมไทร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงมือออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้


- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านตั้งครรภ์ระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกจากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---


สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ คำแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....


ที่อยู่.....

ด้วยผู้วิจัย ว่าที่ร้อยตรี วรุดิ รมไทร นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูล โดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตามความสมัครใจ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมคุณภาพการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยหรือข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

	<p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้


.....ลงนามผู้ให้ความ
ยินยอม

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย


ด้วยผู้วิจัย ว่าที่ร้อยตรี วรุฒิ รมไทร นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูล โดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตามความสมัครใจ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 40 นาที การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมคุณภาพการนอนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้ดูแลของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

	<p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต หรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

15. พักอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยใช่.....ไม่ใช่
16. โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
 โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ อื่นๆ ระบุ.....
17. เคยรับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช ไม่เคย เคย ระบุโรค.....
18. สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในปัจจุบัน(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่ใช้เลย เหล้า บุหรี่
 ชา กาแฟ ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยาต้านเศร้า อื่นๆ(ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า อื่นๆ (ระบุ)
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ)
5. เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ)
6. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ระบุ)
- ข้าราชการบำนาญ บริษัทเอกชน
- ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม
- รับจ้าง อื่นๆ (ระบุ)
7. รายได้ บาท/เดือน เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. ระดับการศึกษาสูงสุด
- ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ประถมศึกษาปีที่ 6
- มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า
- ปริญญาตรี ปริญญาโท
- ปริญญาเอก อื่นๆ (ระบุ)
9. ภูมิลำเนาเดิม กรุงเทพฯ และปริมณฑล อื่นๆ(ระบุ)
10. ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯ และปริมณฑล อื่นๆ(ระบุ)

11. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมปี.....เดือน

12. นอกจากท่านแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดมี..... คน ตามลำดับดังนี้

- 1.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน
- 2.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน
- 3.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน
- 4.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ดูแลเฉลี่ย.....ชม./วัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางการแพทย์

1. วินิจฉัย.....TMSE.....
2. ระยะเวลาที่มีอาการโรคสมองเสื่อม.....เดือน.....ปี
3. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม.....เดือน.....ปี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

THAI HRS-D 17

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION (THAI VERSION) 17 items

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)

- 0 ไม่มี
- 1 จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น
- 2 บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง
- 3 สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมักร้องไห้
- 4 ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย

2. ความรู้สึกผิด

- 0 ไม่มี
- 1 ตีเตียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
- 2 รู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต
- 3 ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด
- 4 ได้ยื่นเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

3. การฆ่าตัวตาย

- 0 ไม่มี
- 1 รู้สึกชีวิตไร้ค่า
- 2 คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง
- 3 มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
- 4 พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น

- 0 ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก
- 1 แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า ½ ชั่วโมง
- 2 แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

5. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 ผู้ป่วยแจ้งว่า กระสับกระส่าย นอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน
- 2 ตื่นกลางดึก หากมีลูกจากที่นอน ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

6. การตื่นตอนเช้ากว่าปกติ

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 ตื่นแต่เช้ามีด แต่นอนหลับต่อได้
- 2 นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรม

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 มีความคิดและความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ อ่อนเปลี้ยหรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ : การงาน หรืองานอดิเรก
- 2 หมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ : งานอดิเรกหรืองานประจำ ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น ลังเลใจและเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
- 3 เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล
- 4 หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้ หากไม่มีคนช่วย

8. อาการเชิงซ้ำ (ความซ้ำของความคิดและการพูดจา : สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)

- 0 การพูดจาและความคิดปกติ
- 1 มีอาการเชิงซ้ำเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
- 2 มีอาการเชิงซ้ำชัดเจนขณะสัมภาษณ์
- 3 สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
- 4 อยู่นิ่งเฉยโดยสิ้นเชิง

9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

- 0 ไม่มี
- 1 งุ่นง่าน อยู่ไม่สุข
- 2 เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
- 3 เดินไปมา นั่งไม่คิดที่
- 4 บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 รู้สึกตึงเครียดและหงุดหงิด
- 2 กังวลในเรื่องเล็กน้อย
- 3 การพูดจาหรือมีสีหน้ามีท่าที่ห้วนกลัว
- 4 แสดงความหวาดกลัวโดยไม่ต้องถาม

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางร่างกาย

อาการร่วมด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น :

ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมจุก อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ

ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ; ปัสสาวะบ่อย ;เหงื่อออก

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย
- 2 ปานกลาง
- 3 รุนแรง
- 4 เสื่อมสมรรถภาพ

12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร

- 0 ไม่มี
- 1 เบื่ออาหาร แต่รับประทาน โดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น
- รู้สึกหิวในท้อง
- 2 รับประทานอาหารยาก หากไม่มีคนคอยกระตุ้น
- ขอหรือจำเป็นต้องได้ยาระบายหรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

- 0 ไม่มี
- 1 ตึงแขนขา หลังหรือปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรง และอ่อนเพลีย
- 2 มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2

14. อาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น : หมดความต้องการทางเพศ ปัญหาด้านประจำเดือน

- 0 ไม่มีอาการ
- 1 เล็กน้อย
- 2 ปานกลาง

15. อาการคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย

- 0 ไม่มี
- 1 หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)
- 2 หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ
- 3 แจ่มถึงอาการต่าง ๆ บ่อย ๆ เรียกร้องความช่วยเหลือ
- 4 มีอาการหลงผิดว่า ตนป่วยเป็นโรคทางกาย

16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก หรือ ข.

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

- 0 ไม่มีน้ำหนักลด
- 1 อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
- 2 น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)
- 3 ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์ โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย

- 0 น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
- 1 น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
- 2 น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
- 3 ไม่ได้ประเมิน

17. อาการที่ยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

- 0 ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
- 1 ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
- 2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง
- 3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI)

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

วันที่ วันที่.....

กิจกรรม	คะแนน
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนช่วย 1 = ตักอาหารเองได้ต้องมีคนช่วย, 2 = ปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ, 1 = ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน, จากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถทำได้, 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก, 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง, 3 = ทำเองได้	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้, 1 = ทำเองได้บ้าง, 2 = ช่วยตัวเองได้ดี	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในที่หรือภายในบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้, 1 = ต้องใช้รถเข็น (ไม่ต้องมีคนเข็นให้), 2 = เดิน โดยมีคนพยุง, 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้ที่ตัวเอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ทำเองไม่ได้เลย, น้อย, 1 = ช่วยตัวเองได้ 50 % ที่เหลือต้องมีคนช่วย, 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ติดกระดุม รูดซิป)	
7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้, 1 = ต้องการคนช่วย, 2 = ขึ้นลงได้เอง	
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วย, ทำให้, 1 = อาบน้ำได้เอง	

กิจกรรม	คะแนน
<p>9. Bowel (การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ, 1 = กลั้นไม่ได้, ท้องผูกเป็นบางครั้ง, 2 = การขับถ่ายปกติ</p>	
<p>10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้หรือคาสาขสวน, 1 = กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน), 2 = กลั้นได้เป็นปกติ</p>	
รวม	

ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)

1. Walking outdoor (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน)
 - 0 เดินไม่ได้
 - 1 ใช้รถเข็น และช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
 - 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือ ไปด้วยตลอด
 - 3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)
2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหารหุงข้าว)
 - 0 ทำไม่ได้
 - 1 ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ให้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
 - 2 ทำได้เอง
3. Heavy house work (ทำความสะอาดบ้านซักผ้ารีดเสื้อผ้า)
 - 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
 - 1 ทำได้เอง
4. Money exchange (ทอนเงิน/แลกเงิน)
 - 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
 - 1 ทำได้เอง
5. Public transport (เช่น ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว)
 - 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
 - 2 ไปมาเองได้

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้นถ้าหากต้องมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังและเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)

Center: _____ ชื่อ _____ วันที่ / / _____ visit #: _____ ผู้ตรวจ

แบบประเมินนี้แยกจากวิดีโอการฝึกปฏิบัติจากจิตเวช
แนวทางที่เข้าถึงได้ใน video training ไม่ควรให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูล

คุณอาจพบคำอธิบายเพิ่มเติมของคำสั่งใน "B" ส่วนที่ 1 ของการประเมินนี้ในคู่มือฉบับเต็ม "B" นี้ไม่ได้แสดงคำอธิบายเพิ่มเติมที่ระบุไว้แต่จะแสดงคำอธิบายเพิ่มเติม
1. คำอธิบายที่อธิบายเพิ่มเติมของคำสั่งใน "B" ส่วนที่ 2 ของการประเมินนี้ในคู่มือฉบับเต็ม "B" นี้ไม่ได้แสดงคำอธิบายเพิ่มเติมที่ระบุไว้แต่จะแสดงคำอธิบายเพิ่มเติม

ข้อมูลได้จาก 1. ผู้กรอก 2. ลูก 3. อื่นๆ (โปรดระบุ) **5 (1) ไม่มี (0)** **ความรุนแรง (1-3)**

1. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **1a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

2. ประสิทธิภาพการปฏิบัติหน้าที่: ท่านคิดว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหรือไม่? **2a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหรือไม่? 1 0

3. พฤติกรรมที่ผิดปกติ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือไม่? **3a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือไม่? 1 0

4. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **4a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

5. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **5a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

6. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **6a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

Center: _____ ชื่อ _____ วันที่ / / _____ visit #: _____ ผู้ตรวจ

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) ชื่อ _____

5 (1) ไม่มี (0) **ความรุนแรง (1-3)**

7. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **7a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

8. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **8a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

9. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **9a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

10. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **10a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

11. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **11a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

12. ความวิตกกังวล: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? **12a** 1 0
หรือ: ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่? 1 0

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)

คำแนะนำ คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่วๆ ไปของคุณ กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ลงหน้าข้อความว่า การนอนส่วนใหญ่ของคุณเป็นอย่างไรในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่คุณมักเข้านอนเวลา.....น.
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณต้องใช้เวลาานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอน จนหลับไป.....นาที
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปกติคุณลุกจากที่นอนเวลา.....น.
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปกติแล้วคุณนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้อาจจะแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่คุณเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร
 - ดีมาก
 - ดี
 - ไม่ค่อยดี
 - ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะ โดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง เพื่อช่วยให้การนอนหลับบ่อยเพียงใด)
 - ไม่เคยใช้เลย
 - ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่าง ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์
 - ไม่เคยเลย
 - น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป
 - ไม่เป็นปัญหาเลย
 - เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
 - เป็นปัญหาพอสมควร
 - เป็นปัญหามาก

สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้ (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย
2. หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
3. หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
4. หมายถึง มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	1	2	3	4
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามืดกว่าปกติ				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ใจ หรือ กรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ผื่นรำย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ ถ้ามี (โปรดระบุ).....				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ว่าที่ร้อยตรี วรวิทย์ ร่มไทร

เกิดเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2528 ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันอายุ 27 ปี

พ.ศ. 2550 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี จากคณะสหเวชศาสตร์

สาขากายภาพบำบัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552