



แบบคัดกรองการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุ สมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, พ.บ.¹

รสสุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ พัฒนาเครื่องมือคัดกรองการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

วัสดุวิธีการ ยกร่างแบบคัดกรอง 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำนวน 22 ข้อประกอบด้วย 2 ด้านย่อยคือ ความพร้อมในการดูแลและพฤติกรรม ความคิด สุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล กลุ่มศึกษาเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อมใน 6 จังหวัด รวม 167 คน เกณฑ์มาตรฐานว่าได้รับความรุนแรงใช้การตรวจของผู้ปฏิบัติงานด้านความรุนแรงด้านเด็กและสตรีจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เก็บข้อมูลโดยอสม.ด้วยแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ

ผล ข้อมูลกลับคืน 167 คน ข้อคำถาม 4 ข้อมีความสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้แก่ปัจจัยด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ข้อและด้านผู้ดูแล 2 ข้อค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75 และพื้นที่ใต้กราฟ เท่ากับ 0.91 คะแนนจุดตัด 6 คะแนน ให้ค่าความไวร้อยละ 76.9

สรุป แบบคัดกรองมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ใช้งานง่าย เหมาะสำหรับอสม.ใช้ในชุมชนเพื่อเฝ้าระวัง และติดตามผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงทางกาย

คำสำคัญ : คัดกรอง ความรุนแรง ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

¹ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

² โรงพยาบาลศรีธัญญา



Screening tool of physical violence against the elderly with dementia for health volunteers

Suparat Ekasawin, M.D.¹,

Rossukon Chomchuen, M.A.²

Abstract

Objective To develop a screening tool of the physical violence against the elderly with dementia for health volunteers.

Materials and methods Questionnaire was set into two parts: demographic data and factors associated with occurrence of violence to the demented. Total of 22 questions divided into two aspects: capable of providing care and factors on behavior, thought and mentality of the elderly and their caregivers. Samples were carers and demented elderly aged over 60 years from 6 provinces in a total of 167 samples. Violent occurrence indicated by primary care workers from women and child against violence team. Health volunteers using the screening tool, collected data. Data were analyzed by descriptive statistics, relationship analysis and psychometric property study.

Results Data return 167 samples. Found 4 questions associated with the risk of incidence. There were 2 factors of elderly and 2 factors of carers. Cronbach's alpha was 0.75. Cut off score 6 points brought to sensitivity and specificity 76.9 % and 92.2% respectively.

Conclusion This screening tool is in good quality, easy to track demented elderly at risk for physical abuse in the surveillance purpose by health volunteers in community.

Key words : dementia, elderly, screening, violence

¹ Advisory Group, Department of Mental Health

² Srithanya Hospital

บทนำ

การสำรวจความรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั่วไป เขตกทม.พบอัตราชุกร้อยละ 14.6¹ ส่วนในผู้สูงอายุสมองเสื่อมในต่างประเทศพบร้อยละ 33-52^{2,3} ผู้สูงอายุสมองเสื่อมยากที่จะร้องเรียนเมื่อถูกกระทำรุนแรง เพราะความเสื่อมถอยของการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ความเฉื่อยชาที่เกิดจากการมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย⁴ ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุขของอเมริการ้อยละ 60⁵ ไม่เคยถามผู้สูงอายุว่าได้รับการกระทำรุนแรงหรือไม่ และมีจำนวนครึ่งหนึ่งที่ในรอบปีไม่เคยวินิจฉัยการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ความรุนแรงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก 2 ด้านได้แก่ ด้านผู้ดูแลและด้านผู้สูงอายุ ในด้านผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลร้อยละ 40-75⁶ เช่น ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบร้อยละ 23.5 และ 43 ตามลำดับ^{6,7} มักเป็นผู้ดูแลอายุน้อย ไม่ได้รับการฝึกฝนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม⁸ มีอาการร้องไห้บ่อย โกรธง่าย กังวล เสียใจ แยกตัว รู้สึกผิด และเหนื่อยหน่าย⁹ อาการเศร้าเป็นผลลัพธ์ของความรู้สึกว่าเป็นภาระ พักผ่อนไม่เพียงพอ ความรู้สึกต้องเสียสละ พัฒนาเป็นอารมณ์โกรธและเปลี่ยนเป็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ¹⁰ ส่วนที่ 2 คือความพร้อมในการให้การดูแล เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องเชิงผกผันกับความรู้สึกเป็นภาระ¹¹ กล่าวคือถ้าสัมพันธภาพดี ผู้ดูแลก็มักไม่รู้สึกเป็นภาระ นอกจากนั้นยังมีความ

พึ่งพิงทางการเงินของผู้ดูแลที่ได้รับจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการมีเพื่อน มีสังคม¹² พบว่าการตกงาน การขาดเครือข่ายทางสังคมและไม่มีกิจกรรมกับเพื่อน ๆ จะเพิ่มโอกาสการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม¹³

ในด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีปัจจัยเสี่ยงคืออาการหรือพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรง มักได้แก่อาการโรคจิต (psychosis) เช่น อาการเพ้อ (delirium) ประสาทหลอน (hallucinations) อาการก้าวร้าว (aggression) อาการกลัวเกิดเหตุการณ์ไม่ดี (catastrophic reaction) ปัญหาการนอน และภาวะซึมเศร้า^{14,15} แต่ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ไม่พบความสัมพันธ์ต่อการได้รับความรุนแรง¹⁶

ในทางปฏิบัติการค้นหาการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น มักเป็นแบบตั้งรับกล่าวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจพบบาดแผลที่น่าสงสัยว่าเกิดจากการกระทำรุนแรงเมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมถูกนำส่งโรงพยาบาลหรือผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพอื่นๆ หรือการค้นหาด้วยวิธีการถามผู้สูงอายุตรงๆ ซึ่งประเด็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องอ่อนไหว การถามอย่างตรงไปตรงมาจึงอาจไม่ได้ความจริง ประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือประเมินการกระทำรุนแรงจากผู้ดูแลในระบบบริการดูแลผู้สูงอายุไม่ว่ากลุ่มผู้สูงอายุสมองปกติหรือผู้สูงอายุสมองเสื่อม วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อใช้เฝ้าระวังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)¹⁷

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงปริมาณแบบตัดขวางระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๔ ถึงกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาแบบคัดกรองฉบับร่าง เริ่มจากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมแล้วสร้างแนวคำถาม จากนั้นทำ focus group ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและอาสาสมัคร 5 คนเพื่อพิจารณาแนวคำถาม ยกเว้นคำถามแบบคัดกรอง 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยชื่อ เพศ อายุ ที่อยู่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวนปีที่ดูแล ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำนวน 22 ข้อแบ่งเป็น 2 ด้านย่อยคือ 1) ข้อมูลด้านความพร้อมในการดูแลจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม การมีงานประจำนอกจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับครอบครัวตนเอง รายได้ ความสนใจในการทำหน้าที่ดูแล การรับรู้ของตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแล ความรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติอยู่เป็นการระส่ำระสายในการหาคนทดแทน ความคิดอยากลาออก การพึ่งพาทางการเงิน ที่พัสดุฯ จากผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ตนเองดูแลอยู่ และระยะเวลาที่ให้การดูแลต่อวัน 2) จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ด้านผู้สูงอายุ 5 ข้อคือ ปัญหาไม่นอนตอนกลางคืน ความคิดระแวงของหายหรือกลัวเกิดเหตุการณ์ไม่ดี ปัญหาเดินเรื่อยเปื่อยออกนอกบ้าน การแสดงความหงุดหงิด ก้าวร้าว การมี

หุนว่ว ประสาทหลอน ในด้านผู้ดูแล 6 ข้อคือ การประสบความเดือดร้อนจากเรื่องต่อไปนี้ภายในหนึ่งเดือนได้แก่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การเล่นเกมพนันรวมทั้งหุนว่วและสลาकिनแบ่งภาวะเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร รู้สึกเศร้า ความรู้สึกระแวงว่าคนอื่นไม่หวังดี คอยจับผิด การมีประวัติรับบริการจิตเวช/สุขภาพจิตรวมทั้งสิ้นจำนวน 22 ข้อ

การทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบคัดกรองฉบับร่าง โดยการทำการศึกษาคุณภาพแบบคัดกรองฉบับร่างทั้ง 22 ข้อโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนประกอบด้วยจิตแพทย์ 4 คนและประสาทแพทย์ 1 คนประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับแก้ข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 โดยแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือกที่แสดงถึงระดับความเกี่ยวข้องต่อการกระทำรุนแรงโดยตัวเลือกที่ 1 หมายถึงความเกี่ยวข้องน้อยต่อการกระทำรุนแรง (1 คะแนน) และตัวเลือกที่ 3 หมายถึงความเกี่ยวข้องมากต่อการกระทำรุนแรง (3 คะแนน) เพื่อให้เข้าใจง่ายสำหรับอาสาสมัครจึงระบุตัวเลือกเป็นข้อความที่สอดคล้องกับคำถามแต่ละข้อ เช่น 1.ไม่เลย 2.มีบ้าง 3.มาก หรือ 1.ไม่เคยคิด 2.คิดเป็นบางครั้ง 3.คิดบ่อยๆ เป็นต้น เมื่อรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนรวมมากแสดงถึงการมีปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการกระทำรุนแรงมากกว่าค่าคะแนนน้อยนำข้อคำถามทั้ง 22 ข้อไปศึกษาความเป็นปรนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจากศูนย์บริการสาธารณสุขเขตลาดพร้าวจำนวน 30 คน ปรับแก้ข้อคำถามและตัวเลือกเพิ่มความชัดเจนของข้อคำถามและตัวเลือก แล้วทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่รับบริการในคลินิกสมอง

เลื่อมของโรงพยาบาลศรีวิชัยจำนวน 30 คน ศึกษาความเที่ยง (reliability) ได้ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับข้อคำถามทั้งหมดเท่ากับ 0.37-0.65

การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ดูแลของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองเสื่อมอาจเป็นคู่สมรส บุตร หลาน ญาติหรือผู้รับจ้าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 167 คน จาก 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม สมุทรปราการ อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร เลือกจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ 60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อมในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจังหวัดเกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองเสื่อมและดูแลอย่างน้อย 3 ชม.ต่อวัน สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน อาจได้รับค่าจ้างดูแลหรือไม่ก็ได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและเกณฑ์การคัดออกประกอบด้วย การมีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทยมี อาการทางของโรคจิตเฉียบพลันและผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลแบบประจำ ผู้เก็บข้อมูลเป็นอาสาสมัครจำนวน 10 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ โดยเน้นการสื่อสารในประเด็นเปรียบบางเช่นการดื่มสุรา การเล่นพนันจนเป็นหนี้สิน ฯลฯ ระยะเวลา 2 วัน พร้อมแหล่งความช่วยเหลือในกรณีต้องส่งต่อให้ได้รับการช่วยเหลือ รวมเวลาเก็บข้อมูล 4 เดือน โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามข้อคำถามในเครื่องมือ ใช้เวลา 30 นาทีต่อราย ในการเก็บข้อมูลแบ่งผู้เก็บเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 โดยอสม.ใช้แบบคัดกรองฉบับร่างที่พัฒนาขึ้น ส่วนชุดที่ 2 โดยผู้ปฏิบัติงานด้านความรุนแรงในเด็กและสตรี ซึ่งเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม

การค้นหาและการช่วยเหลือปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรีมาก่อนและปฏิบัติงานในศูนย์พึ่งได้ของสาธารณสุขจังหวัด ใช้แบบประเมินหลักฐานการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (EAI: Elderly Assessment Instrument)¹⁸ เป็น gold standard จังหวัดละ 3 คน ตรวจร่างกายผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อค้นหาร่องรอยความรุนแรง 6 ประการได้แก่ 1.หวาดกลัวเมื่อคนเข้าใกล้ 2.รอยขีด รอยถลอก รอยหยิก 3.กระดูกหัก 4.บาดแผลปรากฏหลายระยะ (stages) 5.รอยขีดที่เด่นชัด อวัยวะเพศ ติดเชื้อในช่องคลอด 6.ผู้สูงอายุระบุว่าถูกกระทำรุนแรง โดยผู้ปฏิบัติงานทั้ง 3 คน ระบุความน่าเชื่อถือได้ว่าหลักฐานที่พบในแต่ละข้อนั้นอยู่ในระดับใดตั้งแต่ไม่มีหลักฐาน (0 คะแนน) เป็นไปได้ (1 คะแนน) เป็นไปได้มาก (2 คะแนน) และชัดเจน (3 คะแนน) ความเห็นของผู้ปฏิบัติงานที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนนถือว่าเกิดความรุนแรงแล้วและผู้ปฏิบัติงานต้องลงความเห็นว่าจะเกิดความรุนแรงแล้ว 2 ใน 3 คน โดยในการศึกษานี้ได้จัดการอบรมความรู้เรื่องการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านความรุนแรงในเด็กและสตรี ทำการฝึกใช้เครื่องมือ EAI เป็นเวลา 1 วัน ทั้งนี้ให้แจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงความมีอิสระในการเลือกเข้าร่วมและการปฏิเสธจะไม่ทำให้ผู้ดูแลเสียสิทธิในการช่วยเหลือด้านต่างๆ และถ้าพบปัญหาอารมณ์ของผู้ดูแลหรือการกระทำที่อาจนำอันตรายมาสู่ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีวิชัยวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๖

วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรของผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความเที่ยง (reliability) ของข้อคำถามด้วยค่า Cronbach'alpha และศึกษาความสัมพันธ์ของข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัย 3 ด้านได้แก่ ปัจจัยความพร้อมในการดูแลปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้ดูแลและปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสมองเลือกกับการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุสมองเลือกด้วย multiple logistic regression ด้วยวิธี stepwise regression เมื่อได้ข้อคำถามสุดท้ายจึงศึกษาความตรง (validity) ของแบบคัดกรองได้แก่ค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะหาค่าจุดตัดคะแนน (cut off point) ที่เหมาะสมของแบบคัดกรองด้วย receiver operating characteristics (ROC) curve หาค่า positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV)

ผล

กลุ่มศึกษาเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเลือก จังหวัดนครปฐม อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี จังหวัดละ 30 คน จังหวัดสมุทรปราการ 28 คน กรุงเทพมหานคร 19 คนรวมทั้งสิ้น 167 คนผู้สูงอายุทุกรายได้รับการวินิจฉัยสมองเลือกโดยประสาทแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไป ณ จังหวัดที่ศึกษา ส่วนมากผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.7 อายุเฉลี่ย 76.6 ปี (SD= 8.6) ผู้ดูแล มีอายุเฉลี่ย 53.7 ปี (SD= 15.1) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 57.5 มีสภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.3 เป็นบุตรและคู่สมรสร้อยละ 78.4 จำนวนปีที่ดูแลเฉลี่ย 6.86 ปี (SD= 8.1) ระยะเวลาที่ให้การดูแลต่อวันเฉลี่ย 19.8 ชั่วโมง (SD= 6.2)

ผู้ปฏิบัติงานด้านความรุนแรงตรวจพบผู้สูงอายุได้รับความรุนแรงจำนวน 39 คนคิดเป็นร้อยละ 23.4 โดยมีอาการหวาดกลัวเมื่อคนเข้าใกล้ร้อยละ 79.5 มีรอยขีด รอยถลอก รอยหยิกร้อยละ 43.6 มีกระดูกหักร้อยละ 2.6 มีบาดแผลหลายระยะร้อยละ 43.6 มีรอยขีดที่เต้านมร้อยละ 2.6 และผู้สูงอายุระบุว่าได้รับความรุนแรงที่น่าเชื่อถือได้แต่ไม่พบอาการดังกล่าวข้างต้นร้อยละ 5.1

แบบคัดกรองฉบับร่างมี 22 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัย 3 ด้าน 1.ปัจจัยความพร้อมในการดูแล 2.ปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้ดูแล 3.ปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสมองเลือกโดยมีจำนวนข้อเท่ากับ 11, 6 และ 5 ข้อตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุแยกตามลักษณะของผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่พบว่ามีลักษณะใดเกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรง (ตารางที่ 1) ส่วนปัจจัยด้านความพร้อมในการดูแลไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเลือกเช่นกัน ได้แก่ ปัจจัยความสัมพันธ์เป็นบุตรหรือคู่สมรส การสมัครใจทำหน้าที่ดูแลการพึ่งพาทางการเงิน ที่พักรักษา จากผู้สูงอายุสมองเลือกที่ตนเองดูแล การรับรู้ว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแล การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติอยู่เป็นภาระ การหาผู้ดูแลทดแทนได้ง่าย การคิดลาออก การมีงานประจำนอกไปจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเลือก ความสัมพันธ์กับครอบครัว รายได้ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุแยกตามลักษณะของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

		n	ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง: คน (ร้อยละ)	p-value
ผู้สูงอายุ	เพศผู้สูงอายุ			
	ชาย	65	12(18.5)	0.23
	หญิง	102	27(26.5)	
	อายุผู้สูงอายุ (ปี)			
	60-69	37	12(32.4)	0.14
	≥70	130	27(20.8)	
ผู้ดูแล	เพศผู้ดูแล			
	ชาย	36	12(33.3)	0.11
	หญิง	131	27(20.6)	
	อายุผู้ดูแล (ปี)			
	>25	11	5(45.5)	.07
	≤25	156	34(21.8)	
	จำนวนปีที่ดูแล			
	≤10	28	8(28.6)	0.47
	>10	139	31(22.3)	
	การศึกษา			
	มัธยมศึกษาลงมา	133	31(23.3)	0.98
	อนุปริญญาขึ้นไป	34	8(23.5)	
	สถานภาพสมรส			
	คู่	119	25(21.0)	0.26
	เดี่ยว	48	14(29.2)	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมในการดูแลและการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ปัจจัยความพร้อมในการดูแล	n	ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)
ความสัมพันธ์เชิงญาติ			
ญาติ/รับจ้าง	36	13(36.1)	2.3 (1.0, 5.1)
คู่สมรส/บุตร	131	26(19.8)	1
มีงานประจำอื่นร่วมด้วย			
ไม่มี	81	19(23.5)	1.0 (0.5, 2.1)
มี	86	20(23.3)	1
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวตนเอง			
ค่อนข้างดี/ไม่ค่อยดี	80	14(17.5)	0.5 (.25, 1.1)
ดีมาก	87	25(28.7)	1
รายได้			
ไม่พอใช้	20	7(35.0)	1.9 (0.7, 5.3)
เหลือเก็บ/พอใช้	147	32(21.8)	1
ความสมัครใจดูแล			
ไม่สมัครใจ	23	5(21.8)	0.9 (0.3, 2.6)
สมัครใจ	144	34(23.6)	1
การรับรู้เข้าใจในโรคและการดูแล			
ไม่เข้าใจ	97	17(17.5)	0.5 (0.2, 1.0)
พอเข้าใจบ้าง/เข้าใจดี	70	22(31.4)	1
ความรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ			
เป็นภาระ	95	18(17.5)	0.4 (0.2,1.0)
ไม่เป็นภาระ	37	21(32.8)	1
ความยากง่ายในการหาคนแทน			
ยาก	63	13(20.6)	0.8 (0.4, 1.7)
ง่าย	104	26(25.0)	1
คิดลาออก			
เคย	36	5(13.9)	0.5 (0.2, 1.3)
ไม่เคย	131	34(26.0)	1
ผู้ดูแลพึ่งพาผู้สูงอายุ			
พึ่งพา	59	18(30.5)	1.8 (0.9, 3.8)
ไม่เลย	108	21(19.4)	1
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน			
>16	115	24(20.9)	0.7(0.3,1.4)
≤16	52	15(28.8)	1

ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด และสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงทางกายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ได้แก่การตีศีรษะ เล่นการพนันรวมทั้งหยาและสลา กินแบ่ง ใช้สารเสพติด ภาวะเบื่อ เศร้า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้ดูแลต่อการกระทำรุนแรงทางกายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้ดูแล	n	ผู้สูงอายุถูกกระทำรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)
ผู้ดูแลตีศีรษะ			
ตี	33	22(66.7)	13.8(5.7,33.3)*
ไม่ตี	134	17(12.7)	1
ผู้ดูแลเล่นการพนัน			
เล่น	31	19(61.3)	9.2(3.9, 21.8)*
ไม่เล่น	136	20(14.7)	1
ผู้ดูแลใช้สารเสพติด			
ใช้	42	17(40.5)	3.2(1.5, 6.9)*
ไม่ใช้	125	22(17.6)	1
ผู้ดูแลระแวงคนไม่หวังดี			
ระแวง	30	9(30.0)	1.5(0.6,3.7)
ไม่ระแวง	137	30(21.9)	1
ผู้ดูแลรู้สึก เบื่อ เศร้า			
เบื่อ เศร้า	54	27(50.0)	8.4(3.8, 18.7)*
ไม่เบื่อ เศร้า	113	12(10.6)	1
ผู้ดูแลเคยใช้บริการจิตเวช/สุขภาพจิต			
เคยใช้บริการ	30	9(30.0)	1.5(0.6, 3.7)
ไม่เคยใช้บริการ	137	30(21.9)	1

ด้านปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงทางกายในผู้สูงอายุ

สมองเสื่อม ได้แก่ การไม่นอนกลางคืน เดินออกจากบ้าน ก้าวร้าว มีหูแว่ว ประสาทหลอน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ต่อการ
ถูกระทำรุนแรงทางกาย

ปัจจัยพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตของผู้ดูแล	n	ผู้สูงอายุถูกระทำรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)
ผู้สูงอายุไม่นอนกลางคืน			
ไม่นอน	59	24(40.7)	4.3(2.0, 9.0)*
นอน	108	15(13.9)	
ผู้สูงอายุกลัวเกิดเหตุการณ์ไม่ดี			
กลัว	44	12(27.3)	1.3(0.6, 2.9)
ไม่กลัว	123	27(22.0)	
ผู้สูงอายุเดินเรื่อยเปื่อยออกจากบ้าน			
เดิน	35	15(42.9)	3.4(1.5, 7.5)*
ไม่เดิน	132	24(18.2)	
ผู้สูงอายุหงุดหงิด ก้าวร้าว			
ก้าวร้าว	48	26(54.2)	9.6(4.3, 21.6)*
ไม่ก้าวร้าว	119	13(10.9)	
ผู้สูงอายุหูแว่ว ประสาทหลอน			
หูแว่ว	25	20(80.0)	25.9(8.7, 77.2)*
ไม่หูแว่ว	142	19(13.4)	

การศึกษาคุณภาพของแบบคัดกรอง

จากข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการถูกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ เป็นปัจจัยด้านพฤติกรรม ความคิดและสุขภาพจิตทั้งหมด โดยเป็นส่วนของผู้สูงอายุจำนวน 4 ข้อ คือ การไม่นอนกลางคืน เดินออกจากบ้าน ก้าวร้าว มีหูแว่ว ประสาทหลอน และ

เป็นส่วนของผู้ดูแลจำนวน 4 ข้อคือ ตีมีสุรา เล่นการพนันรวมทั้งหยาและสลาकिनแบ่ง ใช้สารเสพติด ภาวะเบื่อ เศร้าจากการวิเคราะห์ multiple logistic regression มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดถูกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรงทางกายต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ข้อคำถาม	p-value	Adjusted OR (95%CI)
ผู้สูงอายุสมองเสื่อมหงุดหงิด ก้าวร้าว	.02	3.3(1.2, 9.3)
ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีหูแว่ว ประสาทหลอน	.01	8.8(2.4, 31.4)
ผู้ดูแลเฝ้าระวังรวมทั้งหยาบและสละสลวย	.01	4.0(1.3, 12.4)
ผู้ดูแลตีตีสู่รา	.01	4.7(1.5, 14.3)

นำข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ คำนวณค่าความไว การสร้าง receiver operating characteristics (ROC) ความจำเพาะของคะแนน (คะแนนเต็ม 4-12) โดย curve ได้พื้นที่ใต้กราฟเท่ากับ 0.91 (95%CI 0.85, 0.97)

ตารางที่ 6 จุดตัดของคะแนนแบบคัดกรองการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (4 ข้อ, คะแนนเต็ม 4-12)

คะแนน	ความไว (95%CI)	ความจำเพาะ (95%CI)
5	92.3(78.0, 98.0)	72.7(63.9, 80.0)
6	76.9(60.3, 88.3)	92.2(85.7, 96.0)
7	59.0(42.2, 74.1)	96.9(91.7, 99.0)

จากตารางที่ 6 คะแนนจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองการเกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ คือ 6 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 76.9 และความจำเพาะร้อยละ 92.2 ค่า PPV เท่ากับร้อยละ 75.0 (95%CI 58.5, 86.8) ค่า NPV เท่ากับร้อยละ 92.9 (95%CI 86.6, 96.5) positive likelihood ratios 9.85 (95%CI 5.30, 18.29) และ negative likelihood ratios 0.25 (95%CI 0.14, 0.44)

วิจารณ์

ประเภทของแบบวัดการกระทำรุนแรงที่ผู้ดูแลกระทำต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มถามตรงๆ ว่าถูกกระทำรุนแรงหรือไม่ (direct questioning) กลุ่มค้นหาอาการแสดงของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (sign of abuse) และกลุ่มค้นหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (risk of abuse indicators)¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่เลือกใช้เครื่องมือในกลุ่มถามตรงๆ ว่าถูกกระทำรุนแรงหรือไม่ (direct questioning) เพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่วนเครื่องมือในกลุ่มค้นหาอาการ

แสดงของการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (sign of abuse) นั้นจำเป็นที่ผู้ใช้เครื่องมือต้องมีความรู้แยกอาการแสดงหรือร่องรอยหลักฐานการกระทำรุนแรงที่พบบนตัวของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ซึ่งไม่เหมาะสมกับอสม. ผู้วิจัยจึงเลือกพัฒนาเครื่องมือในกลุ่มค้นหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำรุนแรง (risk of abuse indicators) เครื่องมือกลุ่มนี้ช่วยให้ผู้ตอบไม่ลำบากใจเพราะไม่ได้ถามถึงการกระทำรุนแรงโดยตรง

ข้อมูลลักษณะประชากรและปัจจัยความพร้อมในการดูแล ทั้งกลุ่มกระทำรุนแรงและกลุ่มไม่กระทำรุนแรงมีลักษณะไม่ต่างกัน เช่น ความสัมพันธ์เชิงญาติของผู้ดูแล หรือชั่วโมงการดูแลต่อวันก็ไม่พบว่าสัมพันธ์กับการกระทำรุนแรง หรือการพึ่งพาที่พึ่งอาศัยเงินของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเพราะครอบครัวไทย ค่อนข้างกับการอยู่ร่วมกันของสมาชิกครอบครัวในรุ่นปู่ย่า พ่อแม่และบุตร ทำให้คนไทยไม่กดดันที่ต้องใช้เวลาอยู่ร่วมหรือพึ่งพากันหรือดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลายชั่วโมงต่อวัน ซึ่งต่างไปจากการศึกษาของสมจินดา ชมพูนุช และคณะ ที่ดำเนินการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุสมองปกติในเขตกทม.¹ และที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความพร้อมในการดูแล อาทิเช่น รายได้ของผู้ดูแล สุขภาพของผู้ดูแล ความพึ่งพาของผู้ดูแลที่ได้จากผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปได้ว่าธรรมชาติของการกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมอาจไม่เหมือนกับผู้สูงอายุสมองปกติ กล่าวคือในผู้สูงอายุสมองปกติจะมีปัญหาด้านพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และอาการทางจิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหรือที่เรียกทั่วไปว่า Behavioral psychological symptom in dementia (BPSD)¹⁴ น้อยกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองปกติที่ได้รับการกดดันจน

กระทำความรุนแรงมักเป็นความกดดันที่มาจากปัจจัยส่วนตัวของผู้ดูแล¹⁶ แต่ในกลุ่มสมองเสื่อมผู้ดูแลมักได้รับ ความกดดันจากปัญหาการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรม BPSD ที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ¹⁹

ผู้ดูแลเล่นการพนัน หรือดื่มสุรา ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงเป็นที่รู้กันว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่าปกติ อาจนำไปสู่การคลายเครียดด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราหรือเล่นหวย เล่นพนัน และยังสร้างปัญหาให้เครียดมากขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม²⁰

เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่ในกลุ่มค้นหาปัจจัยแบบเดียวกัน คือ Indicators of Abuse Screen (IOA)²¹ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 48 ข้อ สำหรับนักวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ที่ผ่านการอบรมใช้เครื่องมือนี้ไปค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่บ้านของผู้สูงอายุ ค่าความไวร้อยละ 84.4 และค่าจำเพาะ 99.2 ใช้เวลาในการคัดกรอง 2-3 ชั่วโมงต่อราย ทั้งนี้เมื่อพิจารณา ค่าความไวและความจำเพาะเปรียบเทียบกับแล้ว ค่าความไวและความจำเพาะของ IOA มากกว่าแบบคัดกรองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื่องจาก IOA ใช้นักวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ที่ผ่านการอบรมใช้เครื่องมือนี้ไปค้นหาปัจจัยเสี่ยงทำให้ได้ความจำเพาะสูงกว่า ซึ่งปัจจุบันพัฒนาเป็น E-IOA (Expand Indicators of Abuse Screen) มีข้อคำถาม 21 ข้อ ผู้ใช้เป็นพยาบาล ที่ผ่านการอบรมใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงเหมือนเดิม ในการศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายผู้ใช้เครื่องมือนี้คืออสม. ในระดับหมู่บ้าน ค่าความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองนี้จึงจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ใช้งาน

การค้นหาลำบากยิ่งย้งต่อการกระทำรุนแรง ไม่เหมือนกับการค้นหาการกระทำรุนแรง เนื่องจาก เป็นเพียงการค้นหา “สัญญาณเตือนว่าอาจเกิด ความรุนแรง” อย่างไรก็ตามผู้ใช้ควรคำนึงถึงผลบวกของ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวรวมทั้งผู้สูงอายุสมอง เลื่อมได้รับความกดดันหรืออับอาย การดำเนินการ คัดกรองควรระมัดระวังในการสื่อสารผลการคัดกรอง และควรดำเนินการคัดกรองพร้อมไปกับปัญหา สุขภาพอื่นๆ ในกรณีที่ผลการคัดกรองเป็นลบควร ทำซ้ำเป็นระยะทุก 6 เดือนเพราะปัจจัยเกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงนั้นจะค่อยๆพัฒนาทั้งในด้านมาก ขึ้นหรือน้อยลง¹⁰ และการคัดกรองไม่ช่วยลดความถี่ ของการกระทำรุนแรงลง²² จึงควรมีการเฝ้าระวังเป็น ระยะ และเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ชัดเจนในระบบส่งต่อให้มีทักษะในการช่วยเหลือ แทรกแซงครอบครัว เครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ใน หน่วยบริการที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากเข้ามาใช้บริการ เพื่อช่วยคัดกรองเฝ้าระวัง เช่น งานบริการผู้สูงอายุ ของกรมส่งเสริมการปกครอง พัฒนาสังคมและ สาธารณสุขจังหวัดแบบคัดกรองนี้ช่วยค้นหากลุ่มเสี่ยง เบื้องต้นสำหรับผู้ที่ไม่ใช่ในวิชาชีพ เช่น อสม.หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน เมื่อคัดกรอง ได้ผลบวกแล้ว ควรรีบส่งต่อเพื่อให้ได้การวินิจฉัยและ ให้การช่วยเหลือทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวต่อไป

สรุป

แบบคัดกรองการกระทำรุนแรงทางกาย ต่อผู้สูงอายุสมองเลื่อมมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีใ้ง่าย เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชนดำเนินการ เองได้

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๕

References

1. Chompunud S, Palmer M, Pongthavornkamol K, Jitapunkul S. Prevalence, associated factors and predictors of elder abuse in Thailand. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2010;14:283-96.
2. Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21: 564-71.
3. Wigglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:493-500.
4. Thompson-McCormick J, Cooper C, Livingston G. Medical students' recognition of elder abuse. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:770-7.
5. Kenedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge and attitudes of primary care physicians. *Fam Med* 2005;37:481-5.
6. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:170-7.
7. Waite A, Skelton-Robinson M, Orrell M. Social factors and depression in carers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:582-7.
8. Wang JJ. Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elderly and correlated factors in long-term care facilities in Taiwan. *J Nurs Res* 2005;13:271-80.
9. Mafullul YM. Burden of informal carers of mentally infirm elderly in Lancashire. *East Afr Med J* 2002;79:291-8.
10. Family care giver alliance. Depression in care giver 2010. Available from: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=2378. [14 jan 2011].

11. Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007;20:115-9.
12. Mahoney R, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:795-801.
13. Shugarman LR, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:24-31.
14. Savva GM. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009;194:212-9.
15. Cooper C, Finne-Soveri H, Topinková E, Carpenter GI, Livingston G. Indicators of elder abuse: a cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:489-97.
16. Lim YM, Song JA, Beattie E. Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Arch Psychiatr Nurs* 2008;22:226-34.
17. Suparat Ekasawin. Review article :Factors determined abuse of dementedelderly by carers in community population. *J Ment Health Thai* 2011;19:191-8.
18. Cohen M, Halevi-lavin S, Gagin R. Elder abuse in long term care residences and the risk indicators. *Ageing Soc* 2010;30:1027-40.
19. Ornstein K and Gaugler JE. The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1536-52
20. Johannesen M, Logiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community dwelling elders. *Age Ageing* 2013;0:1-7.
21. Perel-Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geneva. World Health Organization; 2008.
22. Cooper C, Blancard M, Selwood A,Walker C, Livingstone G.Family's carer distress and abusive behavior:longitudinal study. *B J Psych* 2010;196:480-5.

แบบคัดกรองการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม
วิธีใช้ อสม./อผส. สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ดูแลมานานกว่า 3 เดือน
ตามข้อคำถามต่อไปนี้

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ท่านดูแลอยู่มีลักษณะต่อไปนี้บ่อยเพียงไร

1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมหงุดหงิด ก้าวร้าว
☐ ไม่เลย ☐ มีบ้าง ☐ มาก
2. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีหูแว่ว ประสาทหลอน
☐ ไม่เลย ☐ มีบ้าง ☐ มาก

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ดูแลประสบความเดือดร้อนจากเรื่องต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

3. ผู้ดูแลตีเมสสุรา
☐ ไม่เลย ☐ มีบ้าง ☐ มาก
4. ผู้ดูแลเล่นการพนันรวมทั้งหวยและสลากกินแบ่งจนต้องมีปัญหาการเงิน
☐ ไม่เลย ☐ มีบ้าง ☐ มาก

การแปลผลข้อคำถามแต่ละข้อ

ไม่เลย	เท่ากับ	1
มีบ้าง	เท่ากับ	2
มาก	เท่ากับ	3

การแปลผล รวมคะแนนทั้ง 4 ข้อแล้ว

- ถ้าค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง ทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมกำลังต้องการความช่วยเหลืออย่างมากเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม อสม./อผส.ควรแจ้งไปยัง รพ.สต. เพื่อรายงานต่ออัย รพช. หรือ สสจ.และร่วมวางแผนให้การช่วยเหลือส่งต่อเพื่อรับการรักษาและเข้าให้การแทรกแซง
- ถ้าค่าคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง สถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรได้รับการคัดกรองติดตามต่างๆ ทุก 6 เดือน เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ติดตามโดยชุมชนดำเนินการเองได้