

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย

วันรับ : 5 กุมภาพันธ์ 2567

วันแก้ไข : 26 มิถุนายน 2567

วันตอบรับ : 23 กรกฎาคม 2567

วัชรพล สกฤติโรจน์, พ.บ.¹, บุญศิริ จันศิริมงคล, พ.บ.², พรประไพ แยกเต้า, ศษ.ม.¹,

สมสุข สมมะลวน, พย.ม.¹, ถนอมศรี ศรีศิริจันทร์, พย.ม.¹,

ต้นตมา ด้วงโยธา, กศ.ด.¹, จักรพงษ์ โต๊ะหมุด, วท.ม.¹

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต¹

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วิธีการ : การสำรวจแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยสมองเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน 13 เขตสุขภาพระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินภาระการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การทดสอบไคสแควร์หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ และการถดถอยพหุโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 917 คน พบความชุก BPSD ร้อยละ 76.3 อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรม ช่วงกลางคืนร้อยละ 42.5 อาการหงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่ายร้อยละ 40.2 ความวิตกกังวลร้อยละ 34.0 กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ร้อยละ 30.0 และพฤติกรรมแปลกร้อยละ 23.7 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิด BPSD ได้แก่ จำนวนยาเกิน 5 ชนิดขึ้นไปและภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในระดับมากและมากที่สุด ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิด BPSD ได้แก่ อายุของผู้ป่วย 70 - 79 ปี (เมื่อเทียบกับ 60 - 69 ปี) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวัน

สรุป : ความชุก BPSD พบได้กว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ให้บริการควรระมัดระวังการให้ยาหลายชนิดและส่งเสริมการจัดตารางกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลทางจิตสังคมให้กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : กิจวัตรประจำวัน, ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม, ภาระการดูแล, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ติดต่อผู้พิมพ์ : วัชรพล สกฤติโรจน์; e-mail: watpsy19@gmail.com

Original article

Prevalence and factors associated with behavioral and psychological symptoms in elderly people with dementia at Thailand tertiary care hospitals

Received : 5 February 2024

Revised : 26 June 2024

Accepted : 23 July 2024

Watcharapond Sakunwiroad, M.D.¹, Boonsiri Junsirimongkol, M.D.²,

Pornprapai Khaektao, M.Ed.¹, Somsook Sommaluan, M.N.S.¹,

Tanomsri Srikin, M.N.S.¹, Tuntima Doungyota, Ed.D.¹,

Chakkrachong Tomood, M.Sc.¹

Suansaranrom Hospital, Department of Mental Health¹

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health²

Abstract

Objective: To study the prevalence and the associated factors of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in older adults with dementia.

Methods: A cross-sectional study was conducted between August and September 2022 among dementia patients aged 60 years or over and primary caregivers aged 18 years or over at tertiary care hospitals in 13 health districts of Thailand. Questionnaires included demographic data, the Barthel Index for Activities of Daily Living, the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, and the short form of the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression.

Results: Of 917 participants, 76.3% met the BPSD criteria. The most commonly reported BPSD symptoms were nighttime behaviors (42.5%), irritability/lability (40.2%), anxiety (34.0%), agitation/aggression (30.0%), and aberrant motor movements (23.7%), respectively. Five or more concurrent oral medications and moderate-to-severe and severe levels of caregiver's burden significantly increased the odds of BPSD, while age of older adults of 70 - 79 years (as compared to age of 60 - 69 years) and compliance with the schedule of daily activities significantly decreased the odds of BPSD.

Conclusion: Three-quarters of dementia patients in tertiary care experience BPSD. The service providers should be concerned about polypharmacy, schedule arrangements in the daily activities of the patients, and psychosocial care for primary caregivers to reduce the caregiving burden.

Keywords: activities of daily living, behavioral and psychological symptoms of dementia, caregiver burden, tertiary hospital

Corresponding author: Watcharapond sakunwiroad; e-mail: watpsy19@gmail.com

ความรู้เดิม : ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) พบได้ร้อยละ 10 - 90 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม การศึกษาเกี่ยวกับ BPSD ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือหน่วยงาน ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศ

ความรู้ใหม่ : ความชุกของ BPSD ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศพบร้อยละ 76.3 จำนวนยาเกินในปัจุบัน 5 ชนิดขึ้นไปและภาระของผู้ดูแลหลักระดับมากและมากที่สุดเพิ่มโอกาสการเกิด BPSD ขณะที่อายุของผู้ป่วย 70 - 79 ปี (เมื่อเทียบกับ 60 - 69 ปี) และการได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาลดโอกาสการเกิด BPSD

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนระบบบริการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของ BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งการส่งเสริมดูแลทางจิตสังคมและการฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มี BPSD

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสดังกล่าวสมองเสื่อมร้อยละ 5 และในผู้ที่อายุ 80 ปีพบภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 20² ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ความสามารถในการทำงานของสมองลดน้อยลง มีความบกพร่องด้านความจำ (memory) การตัดสินใจ (decision) การวางแผน (planning) การใช้ภาษา (language) การเรียนรู้ (learning) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL)³⁻⁵ นอกจากนี้ยังสามารถพบปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 - 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม⁶ และพบได้สูงถึงร้อยละ 95 ในผู้ป่วย

ภาวะสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ขั้นรุนแรง (advanced Alzheimer's disease) และแบบสมองส่วนหน้าเสื่อม (frontotemporal dementia: FTD)⁷ อาการ BPSD ที่พบบ่อยได้แก่ ความเฉยเมย/ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ (apathy/indifference) ความพลุ่งพล่าน/กระวนกระวายใจ (agitation) และอารมณ์ซึมเศร้า (depression)⁷

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า BPSD ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การมีโรคหรืออาการทางกายอื่นร่วม เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถแสดงอารมณ์ บอกความรู้สึก หรือบรรยายอาการเจ็บป่วยของตัวเองได้⁸ การได้รับการรักษาด้วยยาเกินขนาด เนื่องจากเพิ่มโอกาสเกิดอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ซึ่งส่งผลต่ออาการ BPSD⁹ นอกจากนี้ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติโรคทางหลอดเลือดสมอง ประวัติทางด้านพฤติกรรม รวมถึงความสามารถในการดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและสามารถทำนาย BPSD ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม¹⁰⁻¹² โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สูญเสียกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (basic ADL) อาจมีความกระวนกระวายและรู้สึกเศร้ามากกว่าผู้ที่ทำกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานได้ด้วยตัวเอง¹³ ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล อาจส่งผลต่อความรุนแรงของ BPSD ในผู้ป่วย โดยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ดีมาก่อนการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมลดความรุนแรงของ BPSD ขณะที่ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ BPSD^{14,15} สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อ BPSD เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการรื้อถอนและตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวลรุนแรงและพฤติกรรมกระสับกระส่าย โดยพฤติกรรมและความรุนแรงอาจแตกต่างกันในแต่ละช่วงของโรค^{16,17} ขณะที่การอยู่ในสถานที่เงียบสงบ การจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบเป็นประจำ เช่น สวดมนต์และฟังเพลง และการจัดตาราง

กิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออาจช่วยลดความรุนแรงของ BPSD^{9,18}

การศึกษาความชุก BPSD ในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบหรือเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือหน่วยงาน แต่ยังไม่มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งเป็นประชากรที่มีอาการยุ่งยากซับซ้อนและได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น ประสาทแพทย์ (neurologist) และจิตแพทย์ (psychiatrist)^{19,20} การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

วิธีการ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 027/2565 วันที่ 20 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกสูงอายุนของหน่วยบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวชใน 13 เขตสุขภาพระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไปและ 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F00 dementia in Alzheimer's disease, F01 vascular dementia, F02 dementia in other diseases classified elsewhere, F03 unspecified dementia, G30 Alzheimer's disease และ G31 other degenerative diseases of nervous system, not elsewhere classified) กรณีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั่วไปต้องมีผลการตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยาหรือการตรวจพิเศษทางคอมพิวเตอร์ (MRI/CT scan) จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ดูแล ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไปและ 2) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน²¹ โดยประมาณประชากรจากค่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่ร้อยละ 10.3²² เทียบกับประชากรผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2565 จำนวน 12,116,199 คน²³ ได้จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 1,247,969 คน ใช้ความชุก BPSD ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 90.5 จากการศึกษาในประเทศไทย²⁴ กำหนดค่าความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่างที่ 0.05 สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.96 และความกระชับของการประมาณค่าเท่ากับ 0.02 ได้ขนาดตัวอย่าง 825 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 917 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ซึ่งใช้เขตสุขภาพเป็นตัวแบ่งชั้น (strata) สุ่มจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพมาเขตละ 2 จังหวัด จากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลจิตเวชเลือกโรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ส่วนเขตสุขภาพที่ไม่มีโรงพยาบาลจิตเวชเลือกโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ทำให้ได้โรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจาก 13 เขตสุขภาพอีก 13 แห่ง รวมทั้งหมด 27 แห่ง เลือกผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลที่สุ่มได้ด้วยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เฉลี่ยโรงพยาบาลละ 34 คน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา

เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด BPSD ได้แก่ อายุ ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนชนิดยากินในปัจจุบัน สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ดูแล การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ

การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา และระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Barthel index for ADL) ของ Mahoney และ Barthel²⁵ แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล²⁶ ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม²⁷ ได้แก่ การกินอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และการควบคุมการถ่ายอุจจาระ คำตอบเป็นแบบตัวเลือกให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม คะแนนรวม 20 คะแนน การแปลผล ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึงมีการพึ่งพาทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) 5 - 11 คะแนน หมายถึงมีการพึ่งพาบางส่วน (กลุ่มติดบ้าน) และ 12 - 20 คะแนน หมายถึงพึ่งพาตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

3) แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (neuropsychiatric inventory questionnaire: NPI-Q) แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณภาพโดยโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์²⁸ ใช้ประเมิน BPSD 12 อาการ ได้แก่ ความคิดหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว (agitation/aggression) ซึมเศร้า/ละเหี่ยใจ (depression/dysphoria) ความวิตกกังวล (anxiety) อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ/ครื้นเริง (elation/euphoria) ความเฉยเมย/ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ (apathy/indifference) ความไม่ยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) อารมณ์หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (irritability/lability) พฤติกรรมแปลก (motor disturbance)

ปัญหาการนอนหลับ/พฤติกรรมช่วงกลางคืน (nighttime behaviors) และความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ (appetite/eating) มีโครงสร้าง 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเมินว่ามีหรือไม่มี BPSD ส่วนที่ 2 ประเมินระดับความรุนแรงของ BPSD ตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน โดย 1 คะแนนหมายถึงระดับน้อย 2 คะแนนหมายถึงระดับปานกลาง และ 3 คะแนนหมายถึงระดับรุนแรง และส่วนที่ 3 ประเมินความทุกข์ใจของผู้ดูแลต่อ BPSD ในแต่ละด้าน ให้คะแนนความทุกข์ใจของผู้ดูแลต่ออาการด้านนั้น ๆ ของผู้ป่วย ตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีเลยและ 5 คะแนนหมายถึงเดือดร้อนมากและไม่สามารถจัดการปัญหาได้ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ผลการประเมินในส่วนที่ 1 ของ NPI-Q เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาการมีปัญห BPSD

4) แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit burden interview short form) ภาษาไทย ฉบับสั้น 12 ข้อ²⁹ ใช้ประเมินภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความตรงเชิงโครงสร้างที่จำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ผลกระทบ ความเครียด และความรู้สึกเอาใจใส่ ใช้เวลาประเมิน 15 - 20 นาที โดยให้คะแนนและแปลผลตามวิธีของ Hébert และคณะ³⁰ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่เคยเลย 1 คะแนนหมายถึงนาน ๆ ครั้ง 2 คะแนนหมายถึงบางครั้ง 3 คะแนนหมายถึงค่อนข้างบ่อย และ 4 คะแนนหมายถึงแทบทุกครั้ง การแปลผลคะแนนรวม ดังนี้ 0 - 10 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย 11 - 20 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง 21 - 30 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก และ 31 - 48 คะแนนหมายถึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมากที่สุด แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.88³⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสูงอายุของโรงพยาบาลที่สุ่มได้ผ่านการอบรม การฝึกปฏิบัติ และการทดสอบการให้คะแนนแบบประเมินทุกฉบับ ทดสอบ

ความเที่ยงระหว่างผู้ช่วยวิจัย (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation: ICC) ของแบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินภาระการดูแล พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.87, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้ดูแล โดยการลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมจึงตอบแบบประเมินโดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความชุก BPSD โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความแตกต่างของการมี BPSD ระหว่างกลุ่มย่อยโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการมี BPSD แบบทีละตัวแปรโดยใช้การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) และแบบหลายตัวแปรโดยใช้การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี enter selection ซึ่งเป็นการนำตัวแปรต้นทุกตัวเข้าสมการทำนายตัวแปรตามพร้อมในคราวเดียวกัน โดยควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ จำนวนชนิดยา การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และภาระในการดูแลผู้ป่วย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

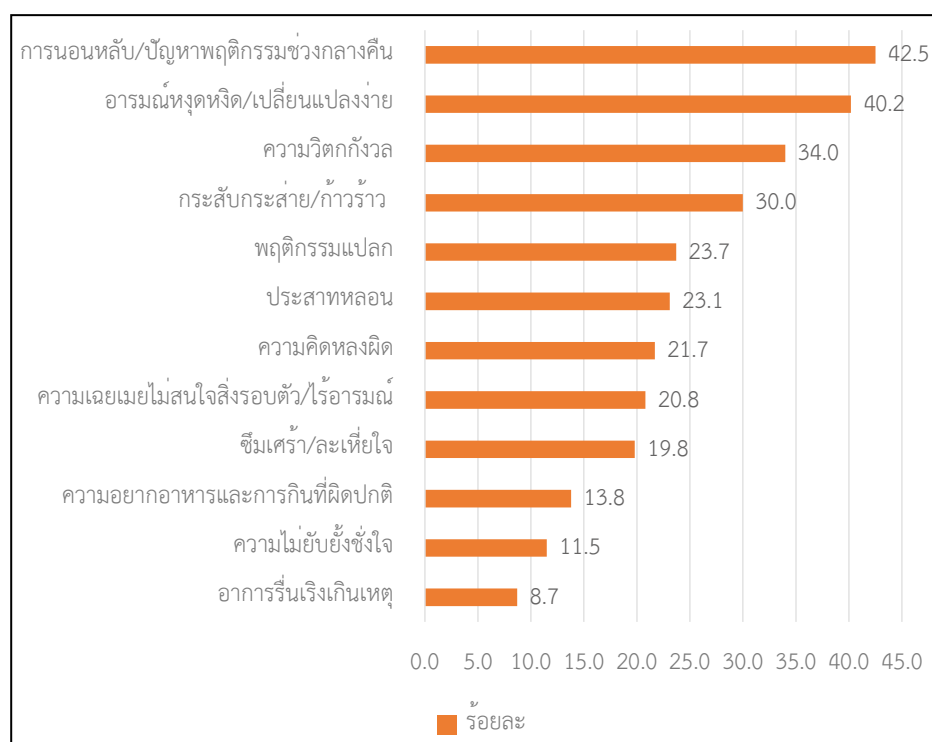
กลุ่มตัวอย่าง 917 คน ข้อมูลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นชายร้อยละ 36.6 หญิงร้อยละ 63.4 อายุเฉลี่ย 75.81 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปีร้อยละ 43.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.8 ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง

ร้อยละ 83.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเฉลี่ย 4.15 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 - 5 ปีร้อยละ 76.9 ได้รับยาเกิน 5 ชนิดร้อยละ 64.9 มีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลในระดับดีมากร้อยละ 39.2 ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลยร้อยละ 28.8 ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันร้อยละ 48.2 มีความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 65.0 ข้อมูลผู้ดูแลมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 4.52 ปี อยู่ในช่วง 0 - 5 ปีร้อยละ 75.8 และมีภาระในการดูแลผู้ป่วยระดับน้อยร้อยละ 55.1 ดังตารางที่ 1

ความชุก BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบร้อยละ 76.3 อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืนร้อยละ 42.5 อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่ายร้อยละ 40.2 ความวิตกกังวลร้อยละ 34.0 กระสับกระส่าย/ก้าวร้าวร้อยละ 30.0 และพฤติกรรมแปลกร้อยละ 23.7 ดังแผนภาพที่ 1

การทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุของผู้ป่วย จำนวนชนิดยาเกิน 5 ชนิดในปัจจุบัน การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ดังตารางที่ 1

เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า กลุ่มที่มีอายุ 70 - 79 ปีมีโอกาสเกิด BPSD 0.660 เท่า (95% CI = 0.444 - 0.983) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี กลุ่มที่มียาเกิน 5 ชนิดขึ้นไปมีโอกาสเกิด BPSD 1.520 เท่า (95% CI = 1.090 - 2.122) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มียาเกินน้อยกว่า 5 ชนิด กลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิด BPSD 0.502 เท่า (95% CI = 0.313 - 0.806) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลย กลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิด BPSD 0.321 เท่า



แผนภาพที่ 1 ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อมแยกตามอาการ (n = 917)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์เบื้องต้นกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม				รวม		χ^2 Fisher's exact test	p
	ไม่มีอาการ		มีอย่างน้อย 1 อาการ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							1.874	.197
ชาย	88	26.2	248	73.8	336	36.6		
หญิง	129	22.2	452	77.8	581	63.4		
อายุของผู้ป่วย							9.447	.024*
60 - 69 ปี	44	19.3	184	80.7	228	24.9		
70 - 79 ปี	105	26.6	290	73.4	395	43.1		
80 - 89 ปี	63	25.6	183	74.4	246	26.8		
90 ปีขึ้นไป	5	10.4	43	89.6	48	5.2		
	mean = 75.81, SD = 8.18, min = 60, max = 98							
ระดับการศึกษา							6.591	.143
ไม่ได้รับการศึกษา/ต่ำกว่า	26	18.3	116	81.7	142	15.5		
ประถมศึกษา								
ประถมศึกษา	150	26.0	426	74.0	576	62.8		
มัธยมศึกษา	22	17.9	101	82.1	123	13.4		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	18	25.0	54	75.0	72	7.9		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	25.0	3	75.0	4	0.4		

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์เบื้องต้นกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ปัจจัย	ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม				รวม		χ ² Fisher's exact test	p
	ไม่มีอาการ		มีอย่างน้อย 1 อาการ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง							2.773	.117
ไม่มี	189	24.7	576	75.3	765	83.4		
มี	28	18.4	124	81.6	152	16.6		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย							2.441	.289
0 - 5 ปี	173	24.5	532	75.5	705	76.9		
6 - 10 ปี	37	22.4	128	77.6	165	18.0		
11 ปีขึ้นไป	7	14.9	40	85.1	47	5.1		
	mean = 4.15, SD = 3.55, min = 0.00, max = 28.00							
จำนวนชนิดยาากินในปัจจุบัน							6.12	.015*
น้อยกว่า 5 ชนิด	156	26.2	439	73.8	595	64.9		
5 ชนิดขึ้นไป	61	18.9	261	81.1	322	35.1		
สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้ดูแล							1.365	.702
ไม่ดี	1	11.1	8	88.9	9	1.0		
พอใช้	17	21.0	64	79.0	81	8.8		
ดี	110	23.5	358	76.5	468	51.0		
ดีมาก	89	24.8	270	75.2	359	39.2		
การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ							22.798	< .001*
ไม่ได้ทำเลย	44	16.7	220	83.3	264	28.8		
น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์	29	17.9	133	82.1	162	17.7		
3 - 4 วันต่อสัปดาห์	45	28.5	113	71.5	158	17.2		
5 - 6 วันต่อสัปดาห์	28	38.4	45	61.6	73	8.0		
ทุกวัน	71	27.3	189	72.7	260	28.4		
การได้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา							77.101	< .001*
ไม่ได้จัดตารางเวลา	28	12.7	193	87.3	221	24.1		
ตรงเวลาเป็นบางวัน	28	11.0	226	89.0	254	27.7		
ตรงตามเวลาทุกวัน	161	36.4	281	63.6	442	48.2		
ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL)							24.242	< .001*
กลุ่มติดเตียง	19	16.4	97	83.6	116	12.7		
กลุ่มติดบ้าน	27	13.2	178	86.8	205	22.4		
กลุ่มติดสังคม	171	28.7	425	71.3	596	65.0		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล							1.796	.415
0 - 5 ปี	166	23.9	529	76.1	695	75.8		
6 - 10 ปี	44	24.9	133	75.1	177	19.3		
11 ปี ขึ้นไป	7	15.6	38	84.4	45	4.9		
	Mean = 4.52, SD = 4.19, Min = 0.08, Max = 30							
ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล							62.132	< .001**
น้อย	154	30.5	351	69.5	505	55.1		
ปานกลาง	58	22.8	196	77.2	254	27.7		
มาก	3	2.7	107	97.3	110	12.0		
มากที่สุด	2	4.2	46	95.8	48	5.2		

* chi-square test, ** Fisher's exact test

(95% CI = 0.181 - 0.570) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลย กลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบทุกวันมีโอกาสเกิด BPSD 0.532 เท่า (95% CI = 0.349 - 0.813) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบเลย กลุ่มที่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันมีโอกาสเกิด BPSD 0.253 เท่า (95% CI = 0.163 - 0.394) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา กลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันระดับติดสังคมมีโอกาสเกิด BPSD 0.487 เท่า (95% CI = 0.289 - 0.821) เมื่อเทียบกับกลุ่มติดเตียง กลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากมีโอกาสพบ BPSD 15.649 เท่า (95% CI = 4.892 - 50.062) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับน้อย และกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากที่สุดมีโอกาสพบ BPSD 10.091 เท่า (95% CI = 2.419 - 42.098) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลระดับน้อย

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกโดยควบคุมตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มอายุ 70 - 79 ปีมีโอกาสเกิด BPSD 0.538 เท่า (95% CI = 0.345 - 0.838) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี กลุ่มที่ได้รับยาเกิน 5 ชนิดขึ้นไปมีโอกาสเกิด BPSD 1.588 เท่า (95% CI = 1.098 - 2.297) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเกินน้อยกว่า 5 ชนิด กลุ่มที่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันมีโอกาสเกิด BPSD 0.293 เท่า (95% CI = 0.180 - 0.475) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา กลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับมากมีโอกาสพบ BPSD 11.796 เท่า (95% CI = 3.599 - 38.658) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลระดับน้อย และกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลระดับมากที่สุดมีโอกาสพบ BPSD 4.603 เท่า (95% CI = 1.059 - 20.007) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลระดับน้อย ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุก BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 76.3 ซึ่งอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 - 90⁶

การศึกษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ที่พบร้อยละ 63.30³¹ และการศึกษาในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในโรงพยาบาลราชวิถีที่พบ BPSD แยกตามอาการร้อยละ 9.70 - 63.10³² อาจเนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลจิตเวชจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแล้วเฉลี่ย 4.15 ปี ทั้งนี้การเปรียบเทียบกับความชุกในแต่ละการศึกษาจำเป็นต้องคำนึงถึงประเภทและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ลักษณะการดำเนินอาการ BPSD ที่มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และอาจตรวจไม่พบทุกครั้งที่เหมาะสม³³ และความแตกต่างกันของบริบทและวิธีการในแต่ละศึกษา ทั้งนี้เนื้อหาของอาการ กระบวนการวินิจฉัย และการรักษาที่ได้รับร่วมด้วย³¹ สำหรับอาการ BPSD ที่พบบ่อยในการศึกษานี้ 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางวัน อารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่าย และความวิตกกังวล ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบปัญหาการนอนหลับหรือพฤติกรรมช่วงกลางวันมากที่สุดเช่นเดียวกัน^{31,32}

ปัจจัยที่ทำนายการเกิด BPSD ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ อายุของผู้ป่วย จำนวนชนิดยาเกิน ในปัจจุบัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลา และภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลัก โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 70 - 79 ปีมีโอกาสเกิด BPSD ต่ำกว่ากลุ่มอายุ 60 - 69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cho และคณะ¹² ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุมากขึ้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานลดลงอย่างมากและสัมพันธ์กับการมีอาการ BPSD ด้านความเฉยเมย/ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ดูแลอาจไม่ได้สังเกตอาการเหล่านี้เพราะไม่ส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแล ขณะที่กลุ่มอายุ 60 - 69 ปีมีปัญหา BPSD ที่พบได้บ่อย เช่น ปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางวันและอารมณ์หงุดหงิด/เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลโดยตรง ทำให้มีการรายงานปัญหา BPSD ในช่วงอายุนี้นี้เพิ่มขึ้น จำนวนชนิดของยาเกินในปัจจุบันที่มากเพิ่มโอกาสการเกิด BPSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P
อายุของผู้ป่วย				
60 - 69 ปี	1		1	
70 - 79 ปี	0.660 (0.444 - 0.983)	.041	0.538 (0.345 - 0.838)	.006
80 - 89 ปี	0.695 (0.449 - 1.074)	.101	0.663 (0.407 - 1.082)	.100
90 ปีขึ้นไป	2.057 (0.770 - 5.495)	.150	2.019 (0.710 - 5.738)	.187
จำนวนชนิดยาในปัจจุบัน				
น้อยกว่า 5 ชนิด	1		1	
5 ชนิดขึ้นไป	1.520 (1.090 - 2.122)	.014	1.588 (1.098 - 2.297)	.014
การได้ทำกิจกรรมที่ชอบ				
ไม่ได้ทำเลย	1		1	
น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์	0.917 (0.548 - 1.536)	.743	1.207 (0.675 - 2.159)	.525
3 - 4 วันต่อสัปดาห์	0.502 (0.313 - 0.806)	.004	0.645 (0.375 - 1.110)	.114
5 - 6 วันต่อสัปดาห์	0.321 (0.181 - 0.570)	< .001	0.592 (0.309 - 1.133)	.113
ทุกวัน	0.532 (0.349 - 0.813)	.004	0.909 (0.561 - 1.474)	.699
การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลา				
ไม่ได้จัดตารางเวลา	1		1	
ตรงเวลาเป็นบางวัน	1.171 (0.670 - 2.046)	.579	1.423 (0.779 - 2.597)	.251
ตรงตามเวลาทุกวัน	0.253 (0.163 - 0.394)	< .001	0.293 (0.180 - 0.475)	< .001
ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL)				
กลุ่มติดเตียง	1		1	
กลุ่มติดบ้าน	1.291 (0.683 - 2.441)	.431	1.267 (0.633 - 2.536)	.505
กลุ่มติดสังคม	0.487 (0.289 - 0.821)	.007	0.648 (0.361 - 1.161)	.145
ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล				
น้อย	1		1	
ปานกลาง	1.483 (1.046 - 2.102)	.027	1.273 (.871 - 1.861)	.213
มาก	15.649 (4.892 - 50.062)	< .001	11.796 (3.599 - 38.658)	< .001
มากที่สุด	10.091 (2.419 - 42.098)	.002	4.603 (1.059 - 20.007)	.042

OR = odds ratio, AOR = adjusted odds ratio

Zarei และคณะ³⁴ เนื่องจากอาจเพิ่มโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาและการกินยามากชนิดอาจบ่งชี้ถึงอาการทางจิตเวชที่รุนแรง การได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาทุกวันลดโอกาสเกิด BPSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการจัดตารางเวลาทุกวันทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่เกิดความสับสนและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลในระดับมากและมากที่สุดมีโอกาสพบ BPSD สูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ³⁵ ที่พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาระของผู้ดูแลหลักมี

ความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของ BPSD ซึ่งนอกจาก BPSD ส่งผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอาจไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรืออาจมีปัญหาการสื่อสารระหว่างกัน ส่งผลให้ความรุนแรงของ BPSD มากขึ้น^{6,14,15}

การศึกษาความชุก BPSD ในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือในหน่วยงาน แต่การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศและมีการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ช่วยวิจัยเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของการประเมิน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการมี BPSD บ่งบอกถึงการพยากรณ์ภาวะ

สมองเสื่อมที่ไม่ดีและมีผลกระทบในหลายมิติ ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด ทุกข์ใจ และความรู้สึกเป็นภาระ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับการรู้คิดและการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเสื่อมถอยมากกว่าความสามารถที่แท้จริง อีกทั้งยังเพิ่มการได้รับยาทางจิตเวช อาการข้างเคียงจากยา และค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ให้บริการจึงควรสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ฝึกทักษะของผู้ดูแลในการจัดการ BPSD ของผู้ป่วยและความเครียดของตัวเอง และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้นานที่สุดตามศักยภาพ³⁶ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลประเภท (type/subtype) และระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์เชิงเครือญาติระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมถึงการระบุชนิดของยาที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับ และการศึกษาเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มาตรวจรักษาที่คลินิกสูงอายุนของหน่วยบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช การนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรมีการพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันไป

สรุป

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม (BPSD) ร้อยละ 76.3 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ BPSD ได้แก่ อายุของผู้ป่วย จำนวนชนิดยาในในปัจจุบัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามตารางเวลา และภาระของผู้ดูแลหลัก โดยการได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตรงตามเวลาลดโอกาสเกิด BPSD ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการควรลดผลกระทบของ BPSD โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพและการฝึกทักษะการจัดการ BPSD และความเครียดแก่ผู้ดูแล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วัชรพล สกลวิโรจน์ : ทบทวนแนวคิด ออกแบบการวิจัย เขียนโครงการวิจัย เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ตรวจสอบแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ ; บุญศิริ จันศิริมงคล : ทบทวนแนวคิด

ให้คำปรึกษาการเขียนโครงการวิจัย ; พรประไพ แยกเต่า : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย ประสานผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม ; สมสุข สมมะลาน : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย ; อนุสรณ์ ศรีศิริพันธ์ : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย ; ดันติมา ดั่งโยธา : อบรมการใช้เครื่องมือวิจัย เก็บข้อมูลวิจัย ; จักรพงษ์ โต๊ะหมุด : จัดการข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Innovative Learning. Thailand and aging society [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Innovative Learning; 2019 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <https://il.mahidol.ac.th/th/i-learning-clinic/general-articles/ประเทศไทยกับสังคมผู้สูง/>. (in Thai)
2. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Dementia [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2014 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramathibodi/generalknowledge/07072014-1302> (in Thai)
3. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;58(1):101-10. (in Thai)
4. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment, and care. 4th ed. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2016. (in Thai)
5. Neurological Institute of Thailand. Dementia Clinical Practice Guidelines. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
6. Warren A. BPSD reconsidered: diagnostic considerations to preserve personhood in persons with dementia. Front Dement. 2023;2:1272400. doi:10.3389/frdem.2023.1272400.
7. Sittironnarit G. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): concept and treatment. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2011;56(4):449-62. (in Thai)

8. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord*. 2017;10(8):297-309. doi:10.1177/1756285617712979.
9. Osser D, Fischer M. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Boston: Alosa Foundation, Inc; 2013.
10. Nagata Y, Nishikawa T, Tanaka H, Ishimaru D, Ogawa Y, Fukuhara K, et al. Factors influencing the quality of life in patients with severe dementia. *Psychogeriatrics*. 2022;22(1):49-54. doi:10.1111/psyg.12775.
11. International Psychogeriatric Association. IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) [Internet]. Milwaukee: International Psychogeriatric Association; 2015 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.ipa-online.org/resources/publications/guides-to-bpsd>
12. Cho E, Kim S, Hwang S, Kwon E, Heo SJ, Lee JH, et al. Factors associated with behavioral and psychological symptoms of dementia: prospective observational study using actigraphy. *J Med Internet Res*. 2021;23(10):e29001. doi:10.2196/29001.
13. Liu KP, Chan CC, Chu MM, Ng TY, Chu LW, Hui FS, et al. Activities of daily living performance in dementia. *Acta Neurol Scand*. 2007;116(2):91-5. doi:10.1111/j.1600-0404.2007.00800.x.
14. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2015;350:h369. doi:10.1136/bmj.h369.
15. Kang HS, Ahn IS, Kim JH, Kim DK. Neuropsychiatric symptoms in Korean patients with Alzheimer's disease: exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis of the neuropsychiatric inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(1):82-7. doi:10.1159/000264629.
16. Bathgate D, Snowden JS, Varma A, Blackshaw A, Neary D. Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand*. 2001;103(6):367-78. doi:10.1034/j.1600-0404.2001.2000236.x.
17. Perri R, Koch G, Carlesimo GA, Serra L, Fadda L, Pasqualetti P, et al. Alzheimer's disease and frontal variant of frontotemporal dementia-- a very brief battery for cognitive and behavioural distinction. *J Neurol*. 2005;252(10):1238-44. doi:10.1007/s00415-005-0849-1.
18. Mittal V, Kurup L, Williamson D, Muralee S, Tampi RR. Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2011;26(1):10-28. doi:10.1177/1533317510390351.
19. Neurological Institute of Thailand. Dementia Clinical Practice Guidelines (complete edition). Bangkok: Thana press; 2020. (in Thai)
20. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service. Study of dementia screening in Lampang province [internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2020 [cited 2023 Oct 5]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_12.pdf (in Thai)
21. Chirawatkul A. Health science statistics for research. Bangkok: Witthayaphat Co Ltd; 2015. (in Thai)
22. Rangsihiranrat M, Nanjiang M, Songrong T, Kaewyot K, Chutha W, Thai National Mental Health Survey Team. Results from Thai national mental health survey 2013: quality of life and factors associated with cognitive impairment in the elderly. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2016. (in Thai)

23. Department of Older Persons. Statistics on elderly people of Thai nationality and whose names are in the house registration, January 2022 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022 [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159> (in Thai)
24. Taameeyapradit U, Udomittipong D, Tepparak N. Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia, severity and levels of distress on caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014;97(4):423-30. (in Thai)
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
26. Chitaphankul S. Principles of Geriatric Medicine. 2nd ed. Bangkok: Department of Medicine, Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 1999. (in Thai)
27. Development The Elderly Health Service System for Long-Term Care Committee, Ministry of Public Health. Guideline for screening and evaluating the health of the elderly 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2022 May 22]. Available from: http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf (in Thai)
28. Hemrungrojn S. Neuropsychiatric inventory questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University [cited 2022 May 17] Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909332> (in Thai)
29. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit burden interview in psychiatric caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2015;23(1):12-24. (in Thai)
30. Hébert R, Bravo G, Prévile M. Reliability, validity and reference values of the Zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Can J Aging*. 2000;19(4):494-507. doi:10.1017/S0714980800012484
31. Chanchaem R, Montientong D, Puanfai S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia; a study in Chiangmai neurological hospital. *Journal of The Department of Medical Services*. 2018;43(6):96-100. (in Thai)
32. Koovimon W, Dusitanond P. Surveys of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in dementia patients. *Thai Journal of Neurology*. 2020;36(1):1-7. (in Thai)
33. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-8. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.
34. Zarei S, Choudhury S, Burhan AM, Chu L, Colman S, Derkach P, et al. Determinants of polypharmacy in patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Alzheimers Dement*. 2021;17(S6):e055644. doi:10.1002/alz.055644.
35. Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):160. doi:10.1186/s12877-021-02109-w.
36. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr*. 2004;16(3):295-315. doi:10.1017/s1041610204000468.