



ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้น การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

กนกกาญจน์ กองพิชัย^{1*}, พงศธร พหลภาคย์², ภัทรี พหลภาคย์², ศิริินา อภิสิตภิญโญ²

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The Effectiveness of Individual Counseling Focusing on the Aberrant Motor Behavior Problem of People Living with Dementia

Kanokarn Kongpatee^{1*}, Pongsatorn Paholpak², Pattharee Paholpak², Sirinapa Aphisitphinyo²

¹Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 13 December 2023/ Review: 15 December 2023/ Revised: 20 September 2024/

Accepted: 23 September 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์ : การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ (aberrant motor behavior) เช่น การเดินวนไปวนมา การรื้อของไปมา และการลูบหรือเกาผิวหนังซ้ำ ๆ เป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม อาการเหล่านี้อาจทำให้เกิดความรำคาญเป็นอันตราย และเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล การศึกษานี้ต้องการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง 2 กลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจำนวน 7 ครั้งต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์โดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ โดยใช้เวลา 15- 40 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (neuropsychiatric inventory: NPI) และแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit burden interview: ZBI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ผลจากอาสาสมัครทั้งหมด 30 ราย (กลุ่มละ 15 ราย) พบว่าคะแนนอาการปัญหาพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ ความรู้สึกเป็นภาระเฉลี่ย และคะแนนผลกระทบทางอารมณ์เฉลี่ยของผู้ดูแลก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลองที่ 7 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการปัญหาพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนผลกระทบทางอารมณ์และคะแนนความรู้สึกเป็นภาระเฉลี่ยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สรุป: โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการปัญหาพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติได้ แต่ไม่ลดผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้และไม่สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระได้ การศึกษาในอนาคตที่มีจำนวนตัวอย่างมากขึ้นและมีรูปแบบงานวิจัยที่ซับซ้อนกว่านี้มีความจำเป็นในการยืนยันผลการวิจัยนี้

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษารายบุคคล, การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ, ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม, อารมณ์, ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

*Corresponding author: Kanokarn Kongpatee E-mail: kanoko@kku.ac.th

Abstract

Background and objectives: Aberrant motor behavior (AMB), such as roaming, taking things out, and touching or scratching repetitively is a group of common behavior problems in people with dementia. These symptoms may be annoying, endangered, and burdensome to caregivers. This study aimed to investigate the effectiveness of focused individual counseling for AMB in dementia on burden of caregivers.

Methods: A quasi-experimental, 2-arm, pre-post, interventional study recruited primary caregivers of dementia patients. The active group received a weekly individual counseling for 7 weeks with telephone follow-up for 15 – 40 minutes, and the control group received routine standard care. Data collection included demographic data, the neuropsychiatric inventory (NPI) and the Zarit burden interview (ZBI). Data analyses used descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test.

Results: From a total of 30 caregivers ($n = 15$ each group), the AMB severity score, the impact score on emotion from NPI, and the burden score from ZBI at baseline were not significantly different between groups ($p > .05$). After 7 weeks, the AMB severity score in the intervention group significantly decreased ($p < 0.05$) compared to the baseline, while both burden score and emotional impact score of the caregivers were not significantly changed ($p > 0.05$).

Conclusion: Individualized counseling program focused on AMB in dementia demonstrated effectiveness in alleviating of AMB, without significant changes in emotional distress and burden of the caregivers. Further trials with larger sample size and statistical rigorous methods should be conducted to confirm the results.

Keywords: individual counseling, abnormal motor behavior, persons with dementia, emotional, caregiver burden

บทนำ

ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือ “behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)” เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 ของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเครียดและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล¹ ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นสามารถมีอาการได้หลากหลาย โดยการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ (aberrant motor behavior) เป็นหนึ่งในปัญหาพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม² โดยที่พบได้บ่อยได้แก่ เดินไปเดินมาทั่วบ้าน งุนงง อยู่ไม่นิ่ง เปิดปิดประตูลิ้นชักซ้ำ ๆ ใส่/ถอดเสื้อผ้าซ้ำไปซ้ำมา ล้างจาน ซักผ้า กดปุ่มหยิกเนื้อ ลูกป้อนน้ำไปมา ตบมือ หรือถูฝ่ามือซ้ำ ๆ พูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ สะสมของ หรือเดินทางในเส้นทางเดิมซ้ำ ๆ³ ทั้งนี้อาการอาจแตกต่างกันไปตามพื้นฐานวัฒนธรรมเดิมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคนไทยอาจพบพฤติกรรม หุงข้าว แซ่ข้าว ซ้ำ ๆ ได้ โดยอาการเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากญาติและผู้ดูแลไม่เข้าใจสาเหตุหรือที่มาที่ไปของพฤติกรรมเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpaisan และคณะ⁴ ที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมที่เป็นภาระในการดูแลมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาด้านความจำ รองลงมาคือการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้เพิ่มภาระแก่ผู้ดูแล อาจทำให้เกิดการโต้ตอบทางพฤติกรรมและอารมณ์ ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลได้ นอกจากนี้จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า ร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ⁵ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด โดยความเครียดของผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิต ทั้งของผู้ดูแลเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการดูแลอาการด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในโรคสมองเสื่อม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือทารุณกรรม (abuse) ได้⁶

การรักษาปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นประกอบไปด้วยการรักษาด้วยยา และการไม่ใช้ยา การรักษาด้วยยานั้นแม้อาจช่วยลดความรุนแรงและความถี่ของปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติได้บ้าง แต่ได้เป็นส่วนน้อย และยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้บ่อย⁷ ที่ผ่านมากลินิกจิตเวชสูงอายุ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีกระบวนการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย

สมองเสื่อมและญาติ ในการจัดการปัญหา BPSD โดยยึดหลักการของ ABC approach ได้แก่ A: antecedents คือการมองหาสาเหตุที่อาจเป็นเหตุก่อนเกิดอาการ และปัจจัยกระตุ้น B: behaviors พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา มีอะไรบ้าง อยู่ในกลุ่มอาการใดและ C: consequences ผลที่ตามมาของอาการที่เป็นปัญหา BPSD นั้นเป็นอย่างไร มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อใครบ้าง⁸ ร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) จึงเห็นได้ว่าการจัดการปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในโรคสมองเสื่อม มีความยุ่งยากและซับซ้อน การให้บริการดังกล่าวใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์ของอาการเหล่านี้ต่อผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้จึงพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับการจัดการกับปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติอย่างเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่ออารมณ์และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มโดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ และวัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลกระทบทางอารมณ์และคะแนนความรู้สึกเป็นภาระเฉลี่ยของผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล และระหว่าง 2 กลุ่ม การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE631540 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และมีการขอคำยินยอมอาสาสมัครโดยการลงลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ที่ได้รับบริการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลหลักต้องเข้าเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือ ค่าตอบแทน 3) ประเมิน neuropsychiatric inventory (NPI) ฉบับภาษาไทย พบปัญหาด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ ซึ่งมีคะแนนผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ดูแลมากกว่าหรือเท่ากับ 3 4) มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในด้าน พฤติกรรมเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในระดับ 3 คะแนน ขึ้นไปและ 5) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้ 1) ไม่สะดวกให้ติดตามหรือ ติดตามไม่ได้ระหว่างการศึกษ และ 2) มีความผิดปกติที่เป็น อุปสรรคต่อการสื่อสาร หรือมีปัญหาในการใช้เทคโนโลยี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร test of difference in 2 independent means⁹ โดยกำหนด ค่า power เท่ากับร้อยละ 80, $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.2$, $z_{\alpha} = 1.96$, $z_{\beta} = 0.84$ กำหนดค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษที่ผ่านมาที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างความรู้สึก เป็นภาระระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการให้ คำปรึกษาเป็น 3.568 และค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ 4.00 คะแนน ใช้การสุ่ม อย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก รายชื่อ ได้จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีทั้งเพศชาย และเพศหญิงจำนวนกลุ่มละ 15 ราย สูตรการคำนวณกลุ่ม ตัวอย่าง ดังนี้

$$n_{group} = 2 \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}) \sigma}{(\mu_1 - \mu_2)} \right]^2$$

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ผลคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) เท่ากับ 13 ราย จำนวน 2 กลุ่มจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกัน drop out โดยประมาณการ จากการศึกษที่ผ่านมา¹⁰ จึงได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคล และทางโทรศัพท์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้แนวทางการ ให้คำปรึกษา (counseling) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) และจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy) ประกอบด้วยการถาม อาการของปัญหาพฤติกรรมเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแล การจัดการพฤติกรรมที่ผิดปกติ วิธีการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติที่มีข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อย และวิธีการจัดการรับมือกับผู้ป่วย และปัญหาด้านความเครียด ของผู้ดูแล รวมถึงให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อเมื่อเกิดปัญหา การดูแลที่บ้านหรือปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่สามารถจัดการได้ ด้วยตนเอง

2.2 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ดูแลมา รับบริการที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถ ติดต่อได้ มีการติดตามสอบถามให้คำปรึกษาทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นครั้งละ 15-40 นาที ผู้วิจัยให้คำปรึกษาตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ

3. แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ แบบประเมิน Zarit burden interview ที่พัฒนาโดย Zarit และคณะ¹¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย Toonsiri และคณะ¹² มีจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 มิติได้แก่ มิติผลกระทบ ข้อที่ 1, 7-10 มิติความเครียด ข้อ 2-6 และมิติความเอาใจใส่ ข้อ 11- 12 (ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) 5 ระดับ (0 = ไม่เคย, 4 = เป็นประจำ) คะแนนรวมระหว่าง 0 - 48 คะแนน การแปลผล 0-10 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระหรือเป็น ภาระน้อยมาก 11-24 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อยถึง ปานกลาง 25-36 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 37-48 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก คำนวณหาค่าเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระหว่าง 0.75- 0.95 มีความสอดคล้องภายใน ทั้งฉบับ 0.88

4. แบบประเมินผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ดูแล โดยใช้ แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรค สมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย (neuropsychiatric inventory questionnaire Thai version: NPI-Q Thai) ที่แปลมาจาก ต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดย Hemrungsri¹³ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) คำถามประเมินความถี่และความรุนแรงของ อาการ คะแนนรวมสูงสุด 12 คะแนน ต่ออาการแต่ละด้าน

(0 แปลว่า ไม่มีอาการ และ 12 แปลว่า มีอาการบ่อยและรุนแรงมาก) และ 2) คำถามประเมินผลกระทบต่อการมีต่ออาการ PTSD คะแนนรวมสูงสุด 5 คะแนน ต่ออาการแต่ละด้าน (0 แปลว่า อาการนี้ไม่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ 3 แปลว่า กระทบต่ออารมณ์ปานกลาง ไม่ง่ายที่จะปรับตัวเข้ากับอาการนี้ และ 5 แปลว่า อาการนี้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์รุนแรง แทบไม่สามารถปรับตัวเข้ากับอาการนี้ได้เลย) โดยในการศึกษานี้จะใช้เฉพาะหัวข้อผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ดูแล (distress score) ซึ่งคัดเข้าเฉพาะผู้ดูแลที่ปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ๆ เริ่มยากลำบาก โดยเลือกที่ผลกระทบต่ออารมณ์ปานกลางขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์จิตแพทย์ จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence index) เท่ากับ 0.86 หลังได้รับข้อเสนอแนะและปรับแก้ตามคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ภาษาและเนื้อหา จึงขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และทำ pilot study กับกลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ จำนวน 5 ราย พบว่า ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นครั้งละ 15 – 40 นาที ทั้งนี้ได้มาจากค่าเฉลี่ยในการทดลองโทรติดตามผู้ป่วย และนำค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้ง 5 รายนี้ไปคำนวณค่า effect size ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability): แบบประเมินภาระในการดูแล (Zarit burden interview) และแบบประเมิน NPI-Q Thai นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 5 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 และ .81 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินงาน

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินปัญหาพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติในระยะก่อนการทดลองเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน (treatment as usual) โดยประกอบไปด้วยการได้รับคำแนะนำการจัดการปัญหาพฤติกรรม โดยยึดหลัก ABC approach ร่วมกับการทำจิตบำบัดประคับประคองเมื่อจำเป็นในแต่ละครั้งของการติดตาม ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินปัญหาพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติในระยะก่อนการทดลองเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแก่กลุ่มทดลองจำนวน 7 ครั้ง

ต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์ โดยสัปดาห์แรก เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับบริการที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที จากนั้นให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาไม่เกิน 40 นาที และมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง โดยจะมีการติดตามประเมินขณะพูดคุย ถ้าประเมินพบว่าผู้ดูแลมีความเครียด ไม่สบายใจจะให้คำปรึกษาเพิ่มเติม และถ้าไม่ดีขึ้นจะติดต่อนัดหมายเพื่อมาพบแพทย์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตอบแบบสอบถามผลกระทบและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นครั้งที่ 2 โดยจะเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาหรือในรายที่ไม่สะดวกจะติดตามทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS รุ่นที่ 26 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการกระจายโค้งไม่ปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดย Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบค่ากลางและการกระจายตัวของคะแนนอาการปัญหาพฤติกรรมทำช้า ๆ ที่ผิดปกติ ผลกระทบทางอารมณ์จากปัญหาพฤติกรรมทำช้า ๆ ที่ผิดปกติ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และมารับบริการในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 – พฤศจิกายน 2565 จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติในโรคสมองเสื่อมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 15 ราย พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 44.31 ± 3.16 ปี อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุโดยเป็นบุตร ร้อยละ 80.00 อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐ ร้อยละ 53.33 ระดับ

การศึกษาสูงสุดอนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไปร้อยละ 100.00
 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 86.66 (ตารางที่ 1)
 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.66 อายุ
 เฉลี่ย 53.46 ± 11.90 ปี ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอายุเป็นบุตร
 ร้อยละ 66.67 รับราชการ/พนักงานรัฐ ร้อยละ 53.3 ระดับ
 การศึกษาสูงสุดอนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไปร้อยละ 86.66 ระยะเวลา
 ในการดูแลผู้สูงอายุ 0 - 5 ปี ร้อยละ 73.33

ก่อนการทดลอง ค่าการกระจายตัวของข้อมูลของ
 คะแนนอาการปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ ผลกระทบ
 ทางอารมณ์จากปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ และ
 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$ ทั้งหมด) ภายหลัง
 การทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนผลกระทบ
 ทางอารมณ์กลุ่มควบคุมมีคะแนนดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
30 - 40	7 (46.66)	2 (13.34)
41 - 50	3 (20.00)	5 (33.33)
51 - 60	3 (20.00)	4 (26.65)
61 - 70	1 (6.67)	2 (13.34)
>70	1 (6.67)	2 (13.34)
Mean $\pm$ SD	44.31 $\pm$ 3.16	53.46 $\pm$ 11.90
เพศ		
ชาย	5 (33.33)	2 (13.34)
หญิง	10 (66.67)	13 (86.66)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0.00)	0 (0.00)
ประถมศึกษา	0 (0.00)	0 (0.00)
มัธยมศึกษา	0 (0.00)	2 (13.34)
อนุปริญญาขึ้นไป	15 (100.00)	13 (86.66)
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐ	8 (53.33)	8 (53.33)
รับจ้าง	2 (13.34)	3 (20.00)
ค้าขาย	2 (13.34)	1 (6.67)
อื่นๆ	3 (20.00)	3 (20.00)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี-ภรรยา	2 (13.33)	4 (26.66)
บุตร	12 (80.00)	10 (66.67)
อื่นๆ	1 (6.67)	1 (6.67)
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)		
0 - 5	13 (86.66)	11 (73.33)
> 5	2 (13.34)	4 (26.67)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ของคะแนนอาการปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ ค่าคะแนนผลกระทบทางอารมณ์ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 15)		z	p-value	กลุ่มควบคุม (n = 15)		z	p-value
	Median (IQR)				Median (IQR)			
	ก่อน	หลัง			ก่อน	หลัง		
คะแนนอาการปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ	8 (2)	4 (8)	-2.67	0.008	12 (6)	6 (10)	-1.54	0.125
ผลกระทบทางอารมณ์จากปัญหาการเคลื่อนไหว ช้า ๆ ที่ผิดปกติ	3 (1)	3 (4)	-1.41	0.158	4 (2)	4 (2)	-0.99	0.322
ภาระในการดูแล	15 (13)	15 (21)	-0.76	0.45	16 (14)	12 (19)	-1.65	0.099

* p < 0.05 จาก Wilcoxon sign rank test เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน

หลังการทดลอง ค่าการกระจายตัวของข้อมูลของคะแนนอาการปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ ผลกระทบทางอารมณ์จากปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ก็ยังไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (p > 0.05 ทั้งหมด)

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม พบว่าคะแนนอาการปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ในขณะที่คะแนนผลกระทบทางอารมณ์จากปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลนั้นไม่เปลี่ยนแปลง (p > 0.05)

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติโดยผู้ดูแลที่ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ ไม่เข้าใจในอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น มักทำให้ไม่สามารถจัดการหรือให้การดูแลที่เหมาะสมได้ บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลพยายามขัดขวางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้นแต่ไม่ได้ผล ซึ่งให้ผลในทางตรงกันข้ามทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ¹⁴ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ ส่วนใหญ่มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด วิตกกังวลค่อนข้างบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอารมณ์และการดูแลในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท การศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า ไม่มีความสุข ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 91¹⁵ ทั้งนี้โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติที่พัฒนาขึ้นมานั้นมีองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษา

ถึงอาการของปัญหาพฤติกรรม และวิธีการจัดการเบื้องต้น รวมถึงให้จิตบำบัดแบบประคับประคอง และให้ผู้ดูแลเข้าใจความเชื่อมโยงกันระหว่างอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานหนึ่งในการบำบัดแบบ cognitive behavioral therapy (CBT) ด้วย ดังนั้นโปรแกรมนี้จึงช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ รับมือกับสถานการณ์ และจัดการปัญหาพฤติกรรมการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองที่เป็นผลจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย และช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้¹⁶⁻¹⁸ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติที่พัฒนาขึ้นมานั้นช่วยลดค่าคะแนนอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติ ซึ่งอาจจะเกิดจากการรับรู้ปัญหาของอาการพฤติกรรมทำช้า ๆ ที่ผิดปกติที่ลดลงของผู้ดูแล เนื่องจากคะแนนการรายงานอาการนั้นก็เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการเช่นกัน

ผลการศึกษาที่พบว่าผลกระทบต่ออารมณ์ และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลนั้นไม่ลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวช้า ๆ นั้นเป็นที่น่าสนใจ และอาจอธิบายได้ว่าในกลุ่มการเคลื่อนไหวช้า ๆ ที่ผิดปกติต้องการการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด บางรายมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการพลัดหลง อุบัติเหตุจากการทำพฤติกรรมซ้ำๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เห็นเหนื่อยเป็นภาระในการที่ต้องการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมนั้นๆ จึงไม่สามารถที่จะวางมือหรือปล่อยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมคลาดสายตาได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยอันตรายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติดังกล่าว ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลไม่ลดลง เนื่องจากแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระนั้นประเมินหลายปัจจัย

มากกว่าเพียงแค่ผลกระทบทางอารมณ์ แต่รวมถึง ความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว การไม่มีเวลาไปเข้าสังคม และความรู้สึกว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลนั้นเป็นความสัมพันธ์เชิงลบ อาจเป็นไปได้ว่า ข้อปัจจัยต่างๆ ข้างต้นที่กล่าวมาไม่ได้ถูกเปลี่ยนแปลงไปโดยโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ซึ่งประเด็นนี้อาจเชื่อมโยงกับค่านิยมทางสังคมที่ถูกหลอหลางของผู้ป่วย (ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักในการศึกษานี้) ต้องมีหน้าที่ดูแลบรรพบุรุษหรือผู้มีพระคุณ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ต้องกตัญญูทดแทน และต้องดูแลพ่อแม่อย่างดีที่สุด ไม่ว่าความสัมพันธ์ก่อนหน้านี้จะเป็นอย่างไรก็ตาม ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับผู้ดูแลอาจทำให้ต้องเก็บกดอารมณ์ทางด้านลบไว้ และทำให้ค่าคะแนนความรู้สึกเป็นภาระไม่ลดลงก็เป็นได้ และประกอบกับผู้ดูแลบางรายอาจได้รับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมน้อย ก็อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระตลอดการดูแล¹⁹ จึงอาจทำให้คะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของ Zarit และคณะ¹¹ เองนั้น ก็ยังเป็นข้อถกเถียงอย่างกว้างขวางในแง่ของการแบ่งด้านย่อย ซึ่งในหลายการศึกษาก็แบ่งด้านย่อยของแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระออกมาไม่เหมือนกัน²⁰ ทำให้แบบประเมินนั้นไม่สามารถวิเคราะห์ค่าคะแนนรายด้านย่อยออกมาได้ อย่างไรก็ตามที่ถกเถียงมาทั้งหมดนั้นเป็นเพียงสมมติฐาน ต้องมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมจากการศึกษาที่มีประชากรจำนวนมากขึ้นและมีการแบ่งชั้นความหลากหลายทางข้อมูลบุคคลที่มากขึ้น

ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้มีความทั้งเหมือนและแตกต่างจากการศึกษาที่มีก่อนหน้าซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมในการศึกษานี้ สามารถลดอาการพฤติกรรมทำซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่ไม่ช่วยลดผลกระทบของอาการต่อความรู้สึก และไม่ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การศึกษานี้มีจุดเด่นที่เป็นการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการให้บริการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มอาการพฤติกรรมที่มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อีกทั้งยังเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาเฉพาะเจาะจงต่อปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามข้อจำกัดการศึกษาก็มีเช่นกัน ได้แก่ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ทำให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันที่ชัดเจน อีกทั้งอาสาสมัครในการศึกษานี้ต้องเป็นผู้ดูแลซึ่งต้องได้รับผลกระทบทางอารมณ์จากปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็

สมองเสื่อมแล้วระดับปานกลางเป็นอย่างน้อยเท่านั้น อาจทำให้ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยรูปแบบทางสถิติที่ซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้ได้การพยาบาลที่เหมาะสมในการช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์และความรู้สึกเป็นภาระกับผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติ นอกจากนั้นในการศึกษาได้มีเกณฑ์สอดคล้องกับการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและมีปัญหาในการใช้เทคโนโลยี เพราะในบางรายได้มีการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ออนไลน์ที่ช่วยติดต่อสื่อสารหรือส่งข้อมูลคำแนะนำในการรักษา ให้คำปรึกษาได้สะดวกยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการจัดการได้รวดเร็ว ลดความรุนแรงของอาการ เพิ่มคุณภาพการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุป

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการปัญหาการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติได้ แต่ไม่สามารถลดผลกระทบทางอารมณ์และความรู้สึกเป็นภาระได้ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่มีการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มุ่งเน้นสำหรับการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ผิดปกติโดยเฉพาะและนำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามการนำไปโปรแกรมนี้นี้ไปใช้ทางคลินิกนั้น มีข้อจำกัดและไม่ได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกรายจึงยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์จิตแพทย์ นักสถิติ ที่ได้ให้คำแนะนำ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา และดูแลสถิติที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจจิตเวชทุกคนที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors predicting health status on caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):171-9.
2. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Front Neurol 2012;3:73. doi:10.3389/fneur. 2012.00073.

3. Penpassakarn P, Jarernrat P, Ananthavornwong N, Thaipisuttikul P. Behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD) and developing of mild behavioral impairment (MBI) concept. *J Psychiatr Assoc Thai* 2019;64 (1):99-112.
4. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med Assoc Thai* 2010;93(5):601-7.
5. Aphisitphinyo S, Rangseekajee P, Paholpak P, Paholpak P, Warinthorn P. Characteristics of behavioral and psychological symptoms of dementia in patients with major neurocognitive disorder due to vascular disease. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(4): 371-84.
6. Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioral and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatrics* 2021;21(1):160. doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w.
7. Neurological institute of Thailand. Clinical practice guideline of dementia. Bangkok: Tanapress; 2021.
8. Maneerat S, Maneerat S, Kambunlua T. Psychosocial nursing care for the elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Health Sci Res* 2018;12(2):1-9.
9. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. New York : John Wiley & Sons; 1990.
10. Limsakul W, Ngangjui U, Suksoda A. Effects of counseling in caregivers on the ability in activities of daily living of people with dementia and caregivers' stress. *Thai J Nurs* 2014; 63(4):35-41.
11. Zarit SH, Reever KE, Back PJ. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20(6):649-55. doi:10.1093/geront/20.6.649.
12. Toonsiri Chanandchidadussadee, Sunsern Rachanee, Lawang Wannarat. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs and Educ* 2011;4(1):62-75.
13. Hemrungron S. The NPI-Q Thai. Teaching materials: Practical point in general and neuropsychiatric management of dementia. Bangkok : Chulalongkorn University; 2557.
14. Iravani B, Abdollahi E, Siahestalkhi FE, Soleimani R. Neuropsychiatric symptoms of alzheimer's disease and caregiver burden. *Front Neurol* 2022; 13:877143. doi:10.3389/fneur.2022.877143.
15. Vespa A, Giulietti MV, Ottaviani M, Spatuzzi R, Merico F, Gori G, et al. Evaluation of anxiety and depression in caregivers of patients affected by Alzheimer' disease. *Advances in Alzheimer's Disease* 2015;4:15-20. doi:10.4236/aad.2015.42003.
16. Okai D, Askey-Jones S, Samuel M, O'Sullivan SS, Chaudhuri KR, Martin A, et al. Trial of CBT for impulse control behaviors affecting Parkinson patients and their caregivers. *Neurology* 2013;80(9): 792-9. doi:10.1212/WNL.0b013e3182840678.
17. Sanprakhon P. Effectiveness of an interactive stress reduction program for caregivers of people with advanced dementia: a randomized control trial [dissertation]. Chonburi: faculty of nursing Burapha university; 2021.
18. Lindeza P, Rodrigues M, Costa j, Guerreiro M, Rosa MM. Impact of dementia on informal care : a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Support Palliat Care* 2020;bmjspcare-2020-002242. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002242.
19. Han JW, Jeong H, Park JY, Kim TH, Lee DY, Lee DW, et al. Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014;26(10):1639-48. doi:10.1017/S1041610214001331
20. Alicia BC, Rubl PA, Arnold ATM. Psychometric properties of the Zarit burden interview in informal caregivers of persons with intellectual disabilities. *Front Psychol* 2022;13:792805.doi:10.3389/fpsyg.2022.792805