

3-1-2018

## การรับรู้ตราขายในผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

นาถชนิกา อาทะวิมล

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

### Recommended Citation

อาทะวิมล, นาถชนิกา and ตั้งวงษ์ไชย, สุขเจริญ (2018) "การรับรู้ตราขายในผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 62: Iss. 2, Article 10.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.62.2.8

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol62/iss2/10>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นาถชนิกา อาทะวิมล\*

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย\*\*

**Arthawimon N, Tangwongchai S. Perceived stigma in people with mild dementia and their caregivers at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2018 Mar - Apr; 62(2): 223 - 37**

**Background** : *Dementia is a common disease in the elderly. Lacking the knowledge and understanding of it may cause perceived stigma of dementia among patients and caregivers.*

**Objectives** : *To explore the perceived stigma in the people with mild dementia and their caregivers at the out-patient clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital.*

**Methods** : *A total of 97 individuals, i.e., people with early stage of dementia and their caregivers were recruited. All subjects with at least 60 years old were diagnosed by psychiatrists or neurologists with alzheimer's disease (AD) , vascular dementia (VAD), AD with cerebrovascular disease (CVD), mild cognitive impairment (MCI) and mixed dementia. The caregivers had to take care of the patients for not less than three hours per day and at least one month. The tools used to collect data composed of a questionnaire on demographic and clinical data of the patients and caregivers, stigma impact scale (SIS), Zarit Burden Interview Thai version Questionnaire, Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q Thai version), Assessment of knowledge about Alzheimer's disease questionnaire . Statistical analysis was performed for percentage, mean, and standard deviation of the SIS and univariate analysis was done for associated factors with t-test, One-way ANOVA. Linear regression analysis was computed for the prediction of SIS score.*

\* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Results** : *Most patients and caregivers had low SIS score, 92.8 and 89.7 percent respectively. Factors associated with the perceived stigma among patients were as follows: patients' age, educational level, family history of dementia, NPI-Q scores and the level of caregiver's burden. Factors associated with the perceived stigma among the caregivers were age, educational level and inadequate income. The predictive factors for the SIS score among patients and caregivers were age and family history of dementia. Only high level of caregiver's burden could predict the SIS score of the caregivers in this study.*

**Conclusion** : *The results showed that most of Thai people with mild dementia and their caregivers had less perceived stigma than those reported from the West. The discrepancy may be related to the cultural difference or other factors that need further exploration.*

**Keywords** : *Stigma, mild dementia.*

Correspondence to: Tangwongchai S. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. February 3, 2017.

นาถชนิกา อาทะวิมล, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. การรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2561 มี.ค. - เม.ย.; 62(2): 223 - 37

- เหตุผลของการทำวิจัย :** โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาจก่อให้เกิดตราบาปในผู้ป่วยและผู้ดูแล
- วัตถุประสงค์ :** ศึกษาการรับรู้ตราบาปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลที่เข้ามารับการรักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- วิธีการทำวิจัย :** กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 97 ราย ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด *alzheimer's disease (AD)*, *vascular dementia (VAD)*, *AD with cerebrovascular disease (CVD)*, *mild cognitive impairment (MCI)* and *mixed dementia* ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีผู้ดูแล ซึ่งอยู่ดูแลไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันและผู้ดูแลมานานไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัด *stigma impact scale (SIS)*, แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (*Zarit Burden Interview Thai version*), แบบประเมิน *NPI-Q*, แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ โดยวิเคราะห์ทางสถิติของค่าการรับรู้ตราบาปเป็นค่าเฉลี่ย ค่าสัดส่วน และร้อยละและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยทดสอบด้วย *t-test* และ *One-Way ANOVA* แล้วทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยทำนายการรับรู้ตราบาป
- ผลการศึกษา :** พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 92.8 และ 89.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการมีโรคสมองเสื่อมในครอบครัว คะแนนจากแบบวัด *NPI-Q* ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยที่สามารถทำนายค่าคะแนนการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วย ได้แก่ อายุและประวัติการมีโรคสมองเสื่อมในครอบครัว และปัจจัยทำนายค่าคะแนนของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง

- สรุป** : การรับรู้ตราใบของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาจากโลกตะวันตก ซึ่งอาจเป็นผลจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังต้องการการศึกษาต่อไปในอนาคต
- คำสำคัญ** : ตราใบ, ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก.

จากรายงานของ World Alzheimer Report ปีพ.ศ. 2555<sup>(1)</sup> ที่พูดถึงเรื่องการเอาชนะตราบาปจากโรคสมองเสื่อม (Overcoming the stigma of dementia) ที่ได้รับรวบรวมจากการสำรวจความเห็นจากประชาชน 2,500 ราย (ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและครอบครัว) กว่า 50 ประเทศ มาตอบแบบสอบถามโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกประสบการณ์การรับรู้ตราบาปส่วนตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวที่ดูแล พบว่าร้อยละ 24 ของผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมักจะปกปิดผลการวินิจฉัยของตนเอง นอกจากนี้ ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอ้างว่าถูกไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ และร้อยละ 60 อ้างว่ากลุ่มสังคมหรือกลุ่มเพื่อนหลีกเลี่ยงเขาหลังจากที่ทราบว่าเขาเป็นโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม จะมีจำนวนสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อมีอายุมากกว่า 65 ปี โดยจะเพิ่มด้วยอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1.4 และจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากแนวโน้มของความชุกดังกล่าวทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีเกณฑ์ที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้นไปอีกในอนาคต ซึ่งลักษณะสำคัญของโรคสมองเสื่อมคืออาการหลงลืมที่มักจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นที่ไม่สามารถจดจำอะไรได้และไม่สามารถดูแลตัวเองในแต่ละวันได้ ดังนั้นอาจพบได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นนั้นอาจเกิดการรับรู้ต่อการเป็นโรคนี้นแตกต่างกันออกไป<sup>(2)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลในบริบทของสังคมไทยว่าเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่จะมีการวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล อีกทั้งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกนั้นยังเป็นผู้ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ และในระยะเริ่มต้นนี้ยังเป็นระดับที่ผู้ป่วยยังมีการรู้สึกตัวดี ยังมีความรุนแรงของอาการไม่มากนัก อีกทั้งแบบวัดที่ใช้ยังเป็นแบบ

วัดที่อาศัยภาวะการรู้ตัวของผู้ป่วย ดังนั้นข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะอยู่ในระดับดี ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากพอที่จะวัดการรับรู้ตราบาปได้

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์ว่าเป็น โรคสมองเสื่อมจาก Alzheimer disease (AD) Vascular dementia (VAD) AD with CVD และ Mixed dementia และมีคะแนนจากแบบประเมิน TMSE อยู่ระหว่าง 18 - 23 คะแนน หรือผู้ป่วย MCI (Mild Cognitive Impairment) ที่มีคะแนนจากแบบประเมิน MOCA น้อยกว่า 25 มีผู้ดูแลซึ่งอยู่ดูแลไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันมานานไม่น้อยกว่า 1 เดือน สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ตามปกติ ซึ่งจากการทำการศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ทำให้ได้ค่าคะแนนการรับรู้ตราบาปเฉลี่ย 15.6 คะแนน (S.D. = 14.9) คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 97 ราย โดยมีสถานที่ในการเก็บข้อมูล คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข 256/58

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย TMSE<sup>(3)</sup> และ MoCA<sup>(4)</sup> แบบวัด stigma impact scale (SIS)<sup>(5)</sup> หรือแบบวัดการรับรู้ตราบาปผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งพัฒนามาใช้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดย Burgener & Berger ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการนำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบวัดนี้จะประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มีคำตอบ

เป็นแบบ likert scale โดยแบ่งระดับจาก 0 - 4 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.927

แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview Thai version) <sup>(6)</sup> สำหรับวัดภาระผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ แผนคง มี 22 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ จาก 0 - 4 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

แบบสอบถาม NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) <sup>(7)</sup> ซึ่งแปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ และคณะ เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยทั้งอาการประสาท และทางจิต 12 อาการ เพื่อบอกระดับความรุนแรงและผลกระทบที่อาจเกิดแก่ผู้ดูแล

## ผลการศึกษา

ตารางที่ 1. แสดงจำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (97 ราย)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	71	73.2
อายุ (ปี) (Min = 60 , Max = 94 ) ( $\bar{X}$ = 75.9 ) (S.D. = 0.9)			
	ระหว่าง 60 - 70 ปี	29	29.9
	ระหว่าง 71 - 80 ปี	38	39.2
	81 ปีขึ้นไป	30	30.9
การศึกษา	ประถมศึกษา	35	36.1
	มัธยมศึกษา	25	25.8
	ปริญญาตรีขึ้นไป	37	38.2
อาชีพในอดีต	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	4.1
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	23.7
	ธุรกิจส่วนตัว / ลูกจ้าง	30	30.9
	เกษตรกรกรรมและอื่น ๆ	12	12.4
รายได้ (range 600 - 400,000) (median (IQR) = 10,000 (17,200) บาท)			
	ไม่มีรายได้	13	13.4
	มีรายได้	84	86.6
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	79	81.4
	ต่างจังหวัด	18	18.6

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์

(Alzheimer's Disease Knowledge Scale: ADKS) พัฒนาขึ้นโดย Carpenter BD. และคณะ<sup>(8)</sup> ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้จิตแพทย์เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยเป็นแบบประเมินสำหรับผู้ดูแล ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS version 17 เพื่อแสดงข้อมูลเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการรับรู้ทราบของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ *t*-test One way-ANOVA โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่ทำนายค่าคะแนน SIS ด้วยวิธีการ stepwise

ตารางที่ 1. (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (97 ราย)	ร้อยละ
มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว	26	26.8
ทราบคำวินิจฉัยโรค	43	44.3
ชนิดของโรคสมองเสื่อม		
AD	37	38.1
VAD	11	11.3
AD with CVD	10	10.3
MCI	39	40.2
คะแนน TMSE (n = 58) range = 18 - 23, mean = 21.31 ± 1.5		
คะแนน MOCA (n = 39) range = 13 - 24, mean = 21.0 ± 2.7		
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	51	56.7
ไขมันในเลือดสูง	15	16.7
เบาหวาน	15	16.7
หัวใจ	6	6.7
ระยะเวลาที่เป็นโรคสมองเสื่อม range = 0.17 – 10 ปี, Median (IQR) = 2.0 (2.1)		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 มีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี ร้อยละ 39.2 อายุเฉลี่ย 75.9 ปี มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.784 โดยส่วนใหญ่เน้นถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.9 มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 36.1) ประกอบอาชีพในอดีตส่วนใหญ่คือรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 28.9 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 92.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 38.1 มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.4 อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการเป็นโรคสมอง

เสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 73.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ทราบถึงการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 55.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด MCI ร้อยละ 40.2 อัลไซเมอร์ (AD) ร้อยละ 38.1 Vascular dementia (VAD) ร้อยละ 11.3 และ AD with CVD ร้อยละ 10.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคสมองเสื่อม 2.0 (2.1)



ตารางที่ 2. แสดงจำนวนร้อยละของผู้ดูแลตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (97 ราย)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	67	69.1
อายุ (ปี) (Min = 30, Max = 86) ( $\bar{X}$ = 55.6) (S.D. = 15.7)			
	ระหว่าง 60 - 70 ปี	29	29.9
	ระหว่าง 71 - 80 ปี	38	39.2
	81 ปีขึ้นไป	30	30.9
การศึกษา	ประถมศึกษา	13	13.4
	มัธยมศึกษา	18	18.6
	ปริญญาตรีขึ้นไป	66	68.0
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	33.0
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	9.3
	ธุรกิจส่วนตัว / บริษัทเอกชน/รับจ้าง/อื่นๆ	55	56.7
	เกษียณกรรม	1	1.0
รายได้ (range 0 - 300,000 บาท), (median (IQR) = 20,000 (30,000) บาท)			
	ไม่มีรายได้	4	4.1
	มีรายได้	93	95.9
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	75	77.3
	ต่างจังหวัด	16	16.5
ผู้ดูแล	ทางการ	4	4.1
	ไม่เป็นทางการ	93	95.9
มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว		31	32.0
มีความเพียงพอของรายได้		90	92.8
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย range = 0.17 – 13.2 ปี, median (IQR) = 2.0 (2.5)			
เวลาที่ไข้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย range = 3 - 24 ชั่วโมง, mean = 14.1 ± 9.1 ปี			

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 มีอายุระหว่าง 51 - 70 ปี ร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ย 55.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 15.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.8 มีระดับการศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 40.2 มีความเพียงพอของรายได้

ร้อยละ 72.2 มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 77.3 มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 32.0 อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ร้อยละ 95.9 มีเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 9 - 16 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 33.0 และส่วนใหญ่มิมีระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 2.0 (2.5)

ตารางที่ 3. แสดงคะแนนแบบวัดต่าง ๆ ตามช่วงคะแนน

แบบวัด	ช่วงคะแนน (n = 97)		
	น้อย (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)
แบบวัดการรับรู้ตราใบในผู้ป่วย range = 0 – 44, mean = $5.2 \pm 8.5$	92.8	4.1	3.1
แบบสอบถามภาระการดูแล range = 0 – 72, mean = $14.3 \pm 15.5$	45.4	44.3	10.3
แบบวัดการรับรู้ตราใบในผู้ดูแล range = 0 – 53, mean = $5.2 \pm 9.0$	89.7	9.3	1.0
แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ range = 12 – 27, mean = $17.9 \pm 2.9$	45.4	49.5	5.1
แบบสอบถาม NPI-Q range = 0 – 15, mean = $2.5 \pm 3.0$	83.5	13.4	3.1

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราใบในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.8 รองลงมาคือมีการรับรู้ตราใบในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.1 และมีการรับรู้ตราใบในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 3.1

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแลน้อยโดยคิดเป็นร้อยละ 45.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 54.6 ถือได้ว่าเกิดความรู้สึกเป็นภาระ โดยมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลปานกลาง ร้อยละ 44.3 และมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลมากร้อยละ 10.3

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ตราใบในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 89.7 รองลงมาคือมีการรับรู้ตราใบในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และมีการรับรู้ตราใบในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.0

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องของโรคอัลไซเมอร์ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือมีความรู้ในเรื่องโรคอัลไซเมอร์ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.4 และมีความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.1

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 83.5 รองลงมาคือมีความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 13.4 และมีความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตประสาทอยู่ระดับปานสูงคิดเป็นร้อยละ 3.1

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยและผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ *t*-test และ One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	คะแนนการรับรู้ตราใบ					
	N	Mean	S.D.	F/Welch	P-value	Significant pairwise comparison
ผู้ป่วย						
ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว						
มี	26	9.3	11.6	2.303	0.028 <sup>a</sup>	
ไม่มี	71	3.8	6.5			
อายุ						
60 - 70 ปี (1)	29	7.3	10.2	3.882	0.027 <sup>b</sup>	(1) VS (3)*
71 - 80 ปี (2)	38	5.6	9.4			
80 ปีขึ้นไป (3)	30	2.7	3.4			
ความรุนแรงของอาการทางจิต (NPI-Q)						
น้อย (1)	81	5.0	9.0	5.802	0.015 <sup>b</sup>	(1) VS (3)*
ปานกลาง (2)	13	7.8	7.9			(2) VS (3)*
มาก (3)	3	1.3	1.5			
ความรู้สึกเป็นภาระ						
น้อย (1)	44	7.0	11.3	6.306	0.004 <sup>b</sup>	(1) VS (2)*
ปานกลาง (2)	43	4.4	5.0			(2) VS (3)*
มาก (3)	10	1.5	2.3			
ผู้ดูแล						
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	90	4.6	8.5	-2.471	0.015 <sup>a</sup>	
ไม่เพียงพอ	7	13.1	12.5			
อายุ						
30 - 50 ปี (1)	38	7.2	11.8	4.805	0.012 <sup>b</sup>	(1) VS (3)*
51 - 70 ปี (2)	40	4.9	7.7			
70 ปีขึ้นไป (3)	19	2.1	2.4			
แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ						
น้อย (1)	44	4.3	9.8	7.186	0.004 <sup>b</sup>	(1) VS (3)*
ปานกลาง (2)	43	3.2	4.1			(2) VS (3)*
มาก (3)	10	17.8	11.9			

\*  $P < 0.05$  a = unpaired *t*-test, b = one-way ANOVA

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตราใบ

ในผู้ป่วยกับประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติของการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยกับอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปีจะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 71 - 80 และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยกับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับปานกลางจะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตประสาทและพฤติกรรมในระดับน้อยและในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกละเป็นตราใบของผู้ป่วยกับแบบวัดความรู้สึกละเป็น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกละเป็นภาระน้อยจะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าความรู้สึกละเป็นภาระระดับปานกลางและระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตราใบในผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตราใบในผู้ดูแลกับความเพียงพอของรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้ในระดับเพียงพอ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรับรู้ตราใบของผู้ดูแลกับอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30 - 50 ปีจะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 51 - 70 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป

ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมแบบวัดความรู้สึกละเป็นตราใบของผู้ป่วยกับแบบวัดความรู้สึกละเป็นภาระ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกละเป็นภาระมาก จะมีการรับรู้ตราใบมากกว่าความรู้สึกละเป็นภาระน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 5.** วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับคะแนนการรับรู้ตราใบในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 97) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression) ด้วยวิธี stepwise

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	t	P-value	r <sup>2</sup>
ผู้ป่วย					
มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว	5.515	1.829	3.015	0.003**	0.085
อายุ 80 ปี	-3.695	1.753	-2.108	0.038	0.126
Constant	4.892	1.092	4.481	<0.01**	
ผู้ดูแล					
ความรู้สึกละเป็นภาระมาก	14.030	2.672	5.251	<0.01**	0.474
Constant	4.892	1.092	4.481	<0.01**	

\* P < 0.05, \*\* P < 0.01

จากตารางที่ 5 เมื่อนำตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว และคะแนนจากแบบวัด NPI-Q ของผู้ป่วย มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยได้ คือผู้ป่วยมีอายุ 80 ปีขึ้นไปโดยสามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 12.6 อีกทั้งการมีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว สามารถพยากรณ์การรับรู้ตราบาปได้ ร้อยละ 8.5

เมื่อนำตัวแปร อายุ ความเพียงพอของรายได้ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลได้ คือ ตัวแปรความรู้สึกเป็นภาระมาก สามารถพยากรณ์การรับรู้ตราบาปได้ ร้อยละ 47.4

## อภิปรายผล

จากการศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกร้อยละ 4.1 จัดว่ามีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง และอีกร้อยละ 3.1 จัดว่ามีการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับต่ำ แตกต่างจากการศึกษาของ Dandan L.<sup>(9)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยพหุชาวจีนและชาวเวียดนามโดยอาศัยการสัมภาษณ์ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยพหุชาวจีนและชาวเวียดนามมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Riley J.<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกที่สัมพันธ์กับระดับของอาการวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน อาจเกิดจากการเก็บข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่แตกต่างกันและระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน

การรับรู้ตราบาปในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก็จัดอยู่ในระดับต่ำโดยคิดเป็นร้อยละ 89.7 รองลงมา คือ มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3

และมีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Werner P. และคณะ<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดตราบาปในครอบครัวเพื่อดูปัจจัยบ่งชี้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกถึงการมีตราบาปและมีภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการหรือมีความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้น และยังแตกต่างจากการศึกษาของ Beattie E. และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับภาวะสมองเสื่อม สุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยมีแบบวัด SIS เป็นหนึ่งในเครื่องมือในการศึกษานี้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของความเสื่อมมากขึ้น จากผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจมีสาเหตุมาจากการศึกษาในประเทศที่แตกต่างกัน ลักษณะของการเก็บข้อมูล รวมไปถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดทัศนคติ สังคม วัฒนธรรม ของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก็อาจจะเกิดความแตกต่างกันได้

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก พบว่าอายุของผู้ป่วยส่งผลต่อการรับรู้ตราบาป โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีการรับรู้ตราบาปลดลง ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีทัศนคติต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burgener SC.<sup>(5)</sup> ซึ่งการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับข้อมูลพื้นฐานของบุคคล โดยมีการใช้แบบวัด SIS เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เหมือนกับการศึกษานี้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วย คือ อายุ โดยพบว่าอายุที่สูงขึ้นจะมีการรับรู้ตราบาปต่ำลง ซึ่งความสอดคล้องนี้อาจจะมาจากสาเหตุของการที่ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในอาการของโรคมากขึ้น ทำให้ทัศนคติที่มีต่อโรคดีขึ้น และอาจจะมีความคิดเห็นว่าตนเองอายุมาก

แล้วหากเป็นโรคสมองเสื่อมก็คงไม่แปลกเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่พบได้ในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันเรื่องการมีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวของผู้ป่วยก็ส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปเช่นกัน หากมีคนในครอบครัวของผู้ป่วยเคยเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อนก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตราบาปขึ้นได้ โดยปัจจุบันนี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพของผู้ป่วยที่มากจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งจะใกล้เคียงกับการศึกษาของเพ็ญภา แดงดอมยุทธ์ และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีส่วนในการเกิดการรับรู้ตราบาปคือปัจจัยในเรื่องของการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งความสอดคล้องของปัจจัยนี้อาจจะมีสาเหตุมาจากโรคจิตเภทและโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีลักษณะของการดำเนินโรคคล้ายกัน ในลักษณะของการเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมอง อีกทั้งการที่ผู้ป่วยเคยพบเห็นคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมาก่อนแล้วเกิดความรู้สึกที่เป็นทางลบต่อโรคเกิดขึ้นเนื่องจากได้เห็นถึงลักษณะอาการของโรครวมไปถึงความรุนแรงของโรคที่มีมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยอาจจะมีความวิตกกังวลต่อการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ของโรคสมองเสื่อมเนื่องจากเห็นคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมแล้วก็กังวลว่าตนเองจะเป็นบ้างเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Dao NT. และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปกับความแตกต่างของเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชาวจีนและชาวอเมริกา ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการมีประวัติของการเป็นโรคสมองเสื่อมไม่ได้มีความแตกต่างทางสถิติกับการรับรู้ตราบาป ทั้งนี้สาเหตุที่ไม่สอดคล้องนั้นอาจจะมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลในต่างประเทศอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นกลุ่มที่เป็นชาวจีนและชาวอเมริกาเท่านั้น หากขยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นอาจจะพบว่าประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัวอาจส่งผลต่อการรับรู้ตราบาปได้

ในด้านของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระมากจะส่งผลต่อการรับรู้

ตราบาปในผู้ดูแลให้สูงขึ้นกว่าผู้ดูแลที่มีภาระน้อยและปานกลางเนื่องมาจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากมายแต่ก็ยังต้องมีภาระหน้าที่เพิ่มคือการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่จะต้องดูแลเกือบตลอดเวลาและดูแลในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลบ้านอาจส่งผลให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการออกไปประกอบอาชีพที่จะทำให้มีรายได้เข้ามาในครอบครัวได้ ซึ่งการขาดรายได้นี้อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย จึงอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหรือมีทัศนคติที่เป็นทางลบต่อโรคสมองเสื่อมและรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นเป็นความรับผิดชอบที่หนักเกินไป ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลคิดว่าการดูแลนี้เป็นภาระสำหรับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alzheimer's Association and the National Alliance for Caregiving<sup>(15)</sup> ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะมีภาระของการดูแลมากขึ้นถึงร้อยละ 23 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ory MG. และคณะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาความทุกข์และผลกระทบของการดูแลโดยเป็นการเปรียบเทียบรายละเอียดระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผลกระทบเรื่องภาระการดูแลที่สูงขึ้นจะสัมพันธ์กับเวลาและลักษณะของงานที่ผู้ดูแลต้องทำในแต่ละวัน อาจทำให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยการทุ่มเทแรงกายและแรงใจเป็นอย่างมาก ซึ่งในบางครั้งผู้ดูแลอาจจะไม่พอใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาและอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลนี้เป็นเรื่องที่หนักหนาเกินไปสำหรับตนเองซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปิยรัตน์ ดวงสิน<sup>(17)</sup> ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ซึ่งจากความแตกต่างนี้อาจจะมีสาเหตุมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างถึงแม้ว่าจะเป็นโรคทางสมองเหมือนกัน แต่ก็เห็นได้ว่าการะของการดูแลนั้นต่างกัน ทั้งนี้อาจจะมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลทั้ง 2 โรคมีทัศนคติต่อโรคคนละแบบ

โดยผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองอาจมีทัศนคติหรือความคิดในเชิงที่ว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่หายจากโรค ซึ่งอาจต่างจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ลักษณะอาการเรื้อรัง

## ปัจจัยอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ตราบาปในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลแล้วพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วยและผู้ดูแล เชื้อชาติ ภูมิสำเนาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และอาการทางจิตเวช แต่ยังพบว่าการศึกษานี้พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ตราบาป เช่น การศึกษาเรื่อง Perceived stigma in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings : Part1 ของ Burgener SC.<sup>(5)</sup> ซึ่งการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ตราบาปกับข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยคือ เพศ เชื้อชาติ ภูมิสำเนาการศึกษา ของ Burgener SC. และคณะ ที่ศึกษาเรื่อง perceived stigma on quality of life outcomes in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part 2.<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรับรู้ตราบาปกับโรคทางจิตเวชอื่น โดยพบว่าการรับรู้ตราบาปส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชต่าง ๆ เช่น โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.5 โรควิตกกังวล ร้อยละ 10.2 ปัญหาเกี่ยวกับความจำและพฤติกรรม ร้อยละ 28.6 และการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 65.5 การศึกษาของ Burgener SC. และคณะ<sup>(19)</sup> ที่ศึกษาเรื่อง Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease: Alzheimer's dementia and Parkinson's Disease ซึ่งการศึกษานี้ได้มีการใช้แบบวัด SIS เพื่อวัดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าจากคะแนนรวมแบบวัด SIS พบว่าการรับรู้ตราบาปที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและยังสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

ทั้งนี้จากการที่ปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยที่พบว่าอาจสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปจากรายงานการศึกษา

ในต่างประเทศแต่ยังไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในการศึกษานี้ อาจมีสาเหตุมาจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เพียงพอกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเป็นตราบาปยังมีจำนวนน้อย รวมไปถึงระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และอาจรวมไปถึงความแตกต่างของแต่ละประเทศ อาจทำให้การศึกษานี้พบความรู้สึกมีตราบาปมีระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศหรือสังคมไทย มองว่าภาวะหลงลืมเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุ จึงทำให้การรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับไม่สูง

## สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทย ที่ศึกษาการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยและผู้ดูแลคนไทย ซึ่งพบว่า มีผลการศึกษาที่น้อยกว่ารายงานของผู้ป่วยจากประเทศอื่น ๆ ในเอเชียหรือจากโลกตะวันตกความแตกต่างดังกล่าวอาจจะเป็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่ต่างกัน อาการสมองเสื่อมอาจถูกมองว่าเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทย ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรที่จะให้ความสำคัญและให้ความสนใจในเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เพื่อที่จะได้สร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Batsch NL, Mittelman MS. Overcoming the stigma of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2012.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์. นนทบุรี: ศูนย์สารนิเทศและประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
3. กลุ่มฟื้นฟูสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของคนไทย. สารศิริราช 2536; 45:359-73.



4. Hemrungronj S. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Thai version [Internet]. 2011 [cited 2007 Mar 15]. Available from: <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Thai.pdf>
5. Burgener SC, Buckwalter K, Perkhounkova Y, Liu MF, Riley R, Einhorn CJ, et al. Perceived stigma in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part 1. *Dementia* (London) 2015;14:589-608.
6. ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
7. วรวิทย์ วัฒนไทร. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
8. Carpenter BD, Balsis S, Otilingam PG, Hanson PK, Gatz M. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: development and psychometric properties. *Gerontologist* 2009;49:236-47.
9. Liu D, Hinton L, Tran C, Hinton D, Barker JC. Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *J Cross Cult Gerontol* 2008;23:283-99.
10. Riley RJ. Perceived stigma in persons with early stage dementia and its impact on anxiety levels. Iowa: University of Iowa; 2012.
11. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J, et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190:535-6.
12. Beattie E. Dementia, stigma, health and wellbeing-are there connections? Australian: An Australian Government Initiative; 2013.
13. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, ชนกพร จิตปัญญา. ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2547;18: 41-8.
14. Dao NT, Woo BK. Gender differences in perceived stigma of dementia in Chinese Americans. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:987-8.
15. National Alliance for Caregiving. Families care: Alzheimer's care giving in the United States 2004. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving; 2004.
16. Ory MG, Hoffman RR, III, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of care giving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist* 1999;39:177-85.
17. ปิยรัตน์ ดวงสิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุน จากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
18. Burgener SC, Buckwalter K, Perkhounkova Y, Liu MF. The effects of perceived stigma on quality of life outcomes in persons with early-stage dementia: Longitudinal findings: Part 2. *Dementia* (London) 2015;14:609-32.
19. Burgener SC, Berger B. Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease: Alzheimer's dementia and Parkinson disease. *Dementia* 2008;7: 31-53.