

โครงการนำร่องผลการทำสุวคนธ์บำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ คลินิก
โรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาวกนกอร ศรีโรจน์นพคุณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

Effect of aromatherapy on agitation in patients with dementia at Dementia Clinic, King
Chulalongkorn Memorial Hospital- Pilot Study

Miss Kanokon Srirojnoppakun

A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

โครงการนำร่องผลการทำสุวคนธบำบัดต่อพฤติกรรม
กระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ คลินิกโรคสมอง
เสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาวกนกอร ศรีโรจน์นพคุณ

สาขา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง บุรณี กาญจนถวัลย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(พันเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พงศธร เนตราคม)

กนกอร ศรีโรจน์นพคุณ: โครงการนำร่องผลการทำสวนบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (EFFECT OF AROMATHERAPY ON AGITATION IN PATIENTS WITH DEMENTIA AT DEMENTIA CLINIC, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL- PILOT STUDY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. 86 หน้า

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงของอาการกระสับกระส่ายโดยการบำบัดด้วยสวนบำบัด ในคลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการการศึกษา: การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 24 คนที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ทำการบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยที่บ้านพักของผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มจับแยกกลุ่มออกเป็นกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีผู้เข้าร่วมจำนวน 12 คน มีค่าเฉลี่ยของอายุอยู่ที่ 80.83 ปี(SD: 5.31) จะได้รับน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์เป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวัน เป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมจำนวน 12 คน มีค่าเฉลี่ยของอายุอยู่ที่ 80.75 ปี (SD: 6.84) จะได้รับน้ำมันโจโจบาร์ ออย เป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวัน เป็นเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ งานศึกษานี้ใช้แบบทดสอบ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ในการประเมินอาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งก่อนทำการทดลองและหลังทำการทดลอง ข้อมูลที่บันทึกได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยchi-square Mann-Whitney U-test Wilcoxon signed-rank test และ ANCOVA ในการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานและผลของการศึกษาระหว่างสองกลุ่มการทดลอง

ผลการศึกษา: ค่าคะแนนเฉลี่ยCMAIก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 3 คนในกลุ่มควบคุม และ 1 คนในกลุ่มทดลองออกจากกรวิจัยก่อนจบการวิจัย หลังจากปรับค่าคะแนนCMAIก่อนการทดลองโดยใช้สถิติANCOVAแล้วพบว่ากลุ่มทดลองบำบัดด้วยสวนบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์มีค่าคะแนนCMAIเฉลี่ยลดลงคิดเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่บำบัดด้วยสวนบำบัด jojoba oil ไม่มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์ ITT แบบ LOCF

สรุป: การบำบัดโดยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่พักอาศัยของผู้ป่วยสามารถลดภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นเพียงแค่การศึกษานำร่องที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย เพราะฉะนั้นการศึกษาในอนาคตจึงควรศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นและระยะเวลาที่นานยิ่งขึ้น

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา ...2554

5374601030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEMENTIA / AROMATHERAPY / AGITATION / KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

KANOKON SRIROJNOPPAKUN: EFFECT OF AROMATHERAPY ON AGITATION IN PATIENTS WITH DEMENTIA AT DEMENTIA CLINIC, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL- PILOT STUDY. ADVISOR: ASST. PROF. SOOKJAREON TANGWONGCHAI, M.D., 86 pp.

Objective: To assess the efficacy of aromatherapy as an intervention for agitated behavior in patients with dementia at dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Method: This was a randomized controlled trial which recruited 24 patients with dementia at dementia clinic, King Chulalongkorn memorial hospital. The intervention was undertaken at the patient’s home by major caregivers. The sample was randomly divided into two groups: the experimental group, 12 patients with a mean age of 80.83 years (SD: 5.31), received aromatherapy with lavender oil for 1 hour every day for 2 weeks and the control group ,12 patients with a mean age of 80.75 years (SD: 6.84), received jojoba oil for 1 hour every day for 2 weeks. The agitated behaviors were assessed by using the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), pre and post intervention. Statistic analyses were conducted using chi-square, Mann-Whitney U-test, The Wilcoxon signed-rank test and ANCOVA to compare the characteristic and primary outcomes of the study.

Result: The baseline CMAI score was significantly lower in the control group than the experimental group. At the end of the study 3 subjects from the control group and 1 subject from the experimental group were dropped out from the study. After adjusting for the baseline CMAI score by ANCOVA, The CMAI scores was 20% improved in the aromatherapy group with lavender oil while there was no difference in the jojoba oil group in ITT analysis LOCF.

Conclusion: The home-based aromatherapy with lavender oil was effective in reducing the agitation in patient with dementia. Nevertheless this was a pilot study with a small sample size; further study should be recommended using more subjects and longer periods of intervention.

Department: Psychiatry..... Student’s Signature.....

Field of Study: Mental Health..... Advisor’s Signature.....

Academic Year: 2011.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้สละเวลาอันแสนมีค่าคอยให้ความช่วยเหลือและแนะนำ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อข้อบกพร่องต่างๆที่พบในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งนี้ยังให้กำลังใจ เอาใจใส่ ด้วยความเข้าใจและความเมตตา หากปราศจากท่าน ผู้วิจัยคงไม่สามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ลุล่วงไปได้ ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัตมน กัลยาศิริ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าของท่านให้ ให้ความช่วยเหลือ และแนะนำ พร้อมทั้งช่วยเสนอแนะแนวทางในการเรียน ตลอดจนการเก็บข้อมูลและการทำ วิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งเอาใจใส่และให้ความเมตตาแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นุรณี กาญจนถวัลย์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ พันเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พงศธร เนตราคม กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยผู้สละเวลาให้ คำแนะนำ เสนอแนะข้อคิดเห็น และอนุโมทนาแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลทุกท่านที่ ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกตลอดการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรค สมองเสื่อม สิ่งที่เขาไม่ได้เลยคือไมตรี และเสียงหัวเราะที่พี่เจ้าหน้าที่มีให้ ขอขอบคุณ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้ความเข้าใจ และคำปรึกษาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะทางด้านสถิติงานวิจัยแก่ผู้วิจัย เป็นอย่างดียิ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังขอขอบพระคุณ คุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ เจ้าหน้าที่ห้องธุรการภาคจิตเวชศาสตร์ทุก ท่านที่คอยช่วยเหลือตลอดปีการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณเพื่อนๆสุขภาพจิตทุกคนที่คอยอยู่เคียงข้าง คอยให้ กำลังใจ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนทุกการตัดสินใจของผู้วิจัยเสมอมา

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต (CU.GRADUATE SCHOOL THESIS GRANT) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ ศาสตราจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและ คณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยให้ได้รับการศึกษาในสถาบันอันทรงเกียรติแห่งนี้

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐาน.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการทดลอง.....	6
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
วิธีดำเนินการวิจัย.....	6
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม.....	8

บทที่	หน้า
ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกกระส่าย.....	13
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสภาวะคนบ้ำบัด.....	17
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับน้ำมันหอมระเหย.....	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	25
รูปแบบการวิจัย.....	25
ระเบียบวิธีวิจัย.....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	32
ตอนที่ 2: ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของระดับสภาวะกระดูกกระส่าย.....	41
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	50
สรุปผลการวิจัย.....	51
อภิปรายผลการวิจัย.....	53
ข้อจำกัดในการวิจัยและตัวกวน.....	56
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	57
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	57
รายการอ้างอิง.....	58
ภาคผนวก.....	63
ภาคผนวก ก ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยไปผู้แทน โดยชอบธรรม.....	64
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินTMSEแบบประเมิน CMAI.....	75
ภาคผนวก ค เอกสารแนะนำการศึกษาผลของสภาวะคนบ้ำบัดต่อภาวะกระดูกกระส่าย.....	83
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	86

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ปัจจัยในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	34
2 ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติด.....	35
3 ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....	36
4 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ปัจจัยในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างที่ขอออกจากการวิจัยตาม ข้อมูลส่วนบุคคล.....	39
5 ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ขอออกจากการวิจัยตาม ข้อมูลส่วนบุคคล.....	40
6 ตารางแสดงข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน ของกลุ่มตัวอย่างที่ขอออกจากการวิจัยตามข้อมูล ส่วนบุคคล.....	41
7 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) ของ COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY วัดสภาวะกระสับกระส่ายระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการใช้สถิติ Non-Para metric Mann-Whitney test.....	42
8 ตารางแจกแจงรายข้อค่าของแบบทดสอบ CMAI ที่ baseline.....	43
9 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้ จากคะแนน CMAI ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้ สถิติ Non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test.....	45
10 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้ จากคะแนน CMAI ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้ สถิติ Non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test ผลการวิเคราะห์แบบ complete case analysis.....	46

11	ตารางแสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ที่วัดได้จากคะแนน CMAI ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยการแบ่ง ข้อคำถามCMAIออกเป็นกลุ่มใหญ่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test.....	48
12	วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ของผลการทำสูวคนธำบาศ์ ก่อนและหลังของทั้งสองกลุ่มต่อค่าคะแนน CMAI เพื่อวัดความถี่ของสภาวะกระสับกระส่าย โดยใช้สถิติNon-Parametric Mann- Whitney test.....	49
13	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มการ ทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อหาค่าความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่.....	50
14	การเปรียบเทียบค่า Baselineของก่อนการทดลองและทำการปรับค่าความแปรปรวน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์การแปรปรวนร่วมหรือAncova.....	50

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2 กราฟที่ 1 ภาพตารางจุดแสดงBaselineของTMSE.....	38
3 กราฟที่ 2 ภาพแสดงBaselineของทั้งสองกลุ่ม.....	43
4 กราฟที่ 3 แสดงความแตกต่างของภาวะกระสับกระส่ายก่อนการทดลองและหลัง การทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์แบบIntention to treat analysis (ITT) โดยเทียบคะแนนจาก Last observation carry forward (LOFT).....	47
5 กราฟที่ 4 แสดงความแตกต่างของภาวะกระสับกระส่ายก่อนการทดลองและหลัง การทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์แบบ complete case analysis.....	47
6 กราฟที่ 5 แสดงผลการทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมโดยการแบ่งข้อคำถามCMAIออกเป็นกลุ่มใหญ่ โดยการวิเคราะห์แบบITT โดยเทียบคะแนนจาก LOFT.....	48
7 กราฟที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ของค่า คะแนน CMAIในการวัดภาวะกระสับกระส่ายโดยใช้สถิติ Non-Parametric Mann- Whitney test.....	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

เมื่อกล่าวถึงความชุกของภาวะโรคสมองเสื่อม(Dementia) ในประชากรทั่วโลก มีคนจำนวนมากกว่า 35 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ในแต่ละปีพบว่ามีประชากรมากกว่า 4.6 ล้านคนมีอาการที่บ่งบอกถึงภาวะของโรคสมองเสื่อม จากการศึกษาของ the Alzheimer's research trust ผู้นำทางด้านการศึกษาวิจัยในโรคสมองเสื่อมแห่งสหราชอาณาจักรได้กล่าวไว้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะของการเสื่อมถอยในการทำงานของระบบสมองในด้านของความทรงจำ ภาษา การตัดสินใจ และการปรับตัว ซึ่งสภาวะของโรคนั้นไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ และมักจะคงอยู่กับบุคคลนั้นตลอดไป⁽¹⁾ โดยประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คนในปี 2550 และคาดว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัวประมาณ 450,000 คน และภายใน 50 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นมากกว่าล้านคน⁽²⁾ สมองเสื่อมนั้นแท้จริงแล้วเป็นอาการที่บ่งบอกถึงสัญญาณของกลุ่มโรคต่างๆและเป็นอาการของโรคต่างๆหลายโรค เช่น อัลไซเมอร์ สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์อยู่ประมาณร้อยละ 2-4 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเสี่ยงที่จะตรวจพบว่าเป็นโรคนี้ได้มากยิ่งขึ้น และสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งชายและหญิง

โรคสมองเสื่อมจะมีอาการที่ค่อยๆแยงลงเรื่อยๆเนื่องจากสภาพการทำงานของระบบสมองจะค่อยๆเสื่อมไปทีละน้อย และเนื่องจากการทำงานที่ไม่เป็นระบบและผิดพลาดของสมองนั่นเองที่ทำให้บุคคลที่สภาวะสมองเสื่อมจะมีความทรงจำที่แยงลง มีปัญหาทางด้านการสื่อสารเกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถที่จะคิดหรือตัดสินใจโดยการใช้เหตุผล และควบคุมอารมณ์ในการใช้ชีวิตประจำวันได้⁽³⁾ ซึ่งอาการของโรคสมองเสื่อมจะแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะใหญ่ๆด้วยกัน⁽⁴⁾ ดังนี้

ระยะที่ 1 – ผู้ป่วยจะเริ่มสูญเสียความทรงจำ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน อาทิเช่นไม่สามารถจำได้ว่าเมื่อเช้าทานอะไรเป็นอาหารเช้า จะเล่าเรื่องเดิมๆซ้ำๆ ไม่สามารถจำได้หรือนึกออกได้ว่าจะทำอะไร ชื่อหรือทอนเงินเท่าไร เป็นต้น

ระยะที่ 2 – ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืมมากขึ้น ทั้งหลงลืมในเรื่องของเวลาและสถานที่ จึงเป็นสาเหตุของการก่อพฤติกรรมที่สร้างปัญหาให้กับผู้ดูแล เช่น บัสสาวะไม่เป็นเวลาและผิดที่ ตื่นนอนไม่เป็นเวลา เดินไปเดินมา อารมณ์เสีย ก้าวร้าว บุคลิกภาพเปลี่ยน แสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม

ระยะที่ 3 – เริ่มจำคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัวไม่ได้ จำตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เดินน้อยลง ใช้เวลาเกือบทั้งหมดบนเตียง

โดยช่วงเวลาการป่วยของแต่ละคนช้าเร็วต่างกัน ผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคสมองเสื่อมจะต้องมีอาการแสดงถึงความผิดปกติของการทำงานในสมองถึงสองอาการหรือมากกว่านั้น เช่น ในด้านความทรงจำและทางด้านการใช้ภาษา ซึ่งหมายถึงว่าคนที่มีความทรงจำแย่ก็ไม่ได้หมายความว่าคนเหล่านั้นจะมีสภาวะของโรคสมองเสื่อม⁽⁵⁾

ทั้งนี้การทำสวดคนบำบัดก็เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาแบบทางเลือกใหม่ ซึ่งใช้น้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากพืช และดอกไม้ธรรมชาติเป็นวัตถุดิบหลักในการช่วยทุเลาอาการทั้งทางกายและทางอารมณ์ให้ดียิ่งขึ้น โดย Buchbauer และคณะได้กล่าวถึง การทำสวดคนบำบัดไว้ว่า “เป็นการบำบัดโรคโดยการใช้น้ำหอม หรือสารระเหยบริสุทธิ์เพื่อการรักษาหรือทำให้ทุเลาลง หรือเพื่อป้องกันโรค ติดเชื้อ และความเจ็บป่วย โดยการสูดดมสารระเหยเข้าไปในร่างกาย”⁽⁶⁾ การทำสวดคนบำบัดนั้นมีอายุมากกว่า 1000 ปี ในประเทศอย่าง อียิปต์และอินเดียสมัยโบราณ การทำสวดคนบำบัดเปรียบเสมือนกับการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค โดยในปีคริสต์ศักราช 1963 ได้มีการกล่าวถึงการใช้สวดคนบำบัดเป็นครั้งแรกในหนังสือฝรั่งเศสที่มีชื่อว่า Aromathérapie: Les Huiles Essentielles, Hormones Végétales เขียนโดยนักเคมีชาวฝรั่งเศส René-Maurice Gattefossé และได้มีการตีพิมพ์ออกมาอีกครั้งเป็นฉบับภาษาอังกฤษในปี 1993⁽⁷⁾

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา สวดคนบำบัดได้รับความสนใจและใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลกในการจัดการเรื่องของอาการเจ็บเรื้อรัง อาการซึมเศร้า กังวล รวมไปถึง ด้านกระบวนการคิด การนอน และโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียด⁽⁸⁾ โดยมีงานวิจัยและบทความอยู่ไม่น้อยที่ได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สวดคนบำบัดในผู้ป่วยที่มีสภาวะของโรคสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามงานวิจัยเหล่านั้นก็ยังไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้สวดคนบำบัดสามารถนำมาใช้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มตัว ในประเทศไทย ได้มีการใช้สวดคนบำบัดอย่างกว้างขวางตามสถานที่ต่างๆ โดยจุดประสงค์ในการใช้นั้นคือเพื่อผ่อนคลาย ลดความกังวล และความเครียด และถึงแม้ว่าการใช้สวดคนบำบัดเริ่มที่จะได้รับความนิยมและมีการใช้กันอย่างกว้างขวางทางด้านการรักษาในสถานพยาบาล⁽⁹⁾

ในฐานะที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ ณ ภาควิชาจิตเวช สาขาสุขภาพจิต ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาแบบทางเลือกอาจมีประโยชน์ในการช่วยบรรเทาอาการต่างๆในผู้ป่วยภาวะโรคสมองเสื่อม ทั้งทางด้านกระบวนการคิดหรือพฤติกรรมได้ มากไปกว่านั้นการใช้การรักษาแบบทางเลือกใหม่นี้ยังสามารถทำควบคู่กับการรักษาจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยค้นพบว่าในต่างประเทศได้มีการนำสวดคนบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ยังขาดการศึกษา ข้อมูล และการวิจัยเกี่ยวกับการนำสวดคนบำบัดมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะของการกระสับกระส่ายในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการทำสวดคนบำบัดในคนไข้กลุ่มสมองเสื่อมในประเทศไทย จากการค้นคว้าข้อมูลจึงได้พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สวดคนบำบัดหรือกลิ่นบำบัดกับคนไข้กลุ่มโรคสมองเสื่อมดังนี้

การวิจัยของ Clive Holmes และคณะ (2002)⁽¹⁰⁾ ค้นพบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีผลต่อการช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ โดยการทดลองนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 15 คน และจากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Pittsburgh Agitation Scale score พบว่าการทำสูวน้ำมันบำบัดด้วยกลิ่นของลาเวนเดอร์นั้นสามารถช่วยลดอาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยยะสำคัญ

การวิจัยของ Clive G. Ballard และคณะ (2002)⁽¹¹⁾ ได้ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 72 คน เพื่อหาผลที่อาจจะได้จากการบำบัดด้วยสูวน้ำมันบำบัด โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lemon balm และอีกครึ่งหนึ่งให้ดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นดอกทานตะวัน ทั้งสองกลุ่มใช้แบบประเมิน CMAI ในการประเมินสภาวะกระสับกระส่าย หลังการทดลองพบว่ากว่า 60% ของกลุ่ม Lemon balm และ 14% ของกลุ่มดอกทานตะวันมีค่าของสภาวะกระสับกระส่ายลดลงกว่า 30% นอกจากนี้ผู้วิจัยยังประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหลังจากได้รับการบำบัดด้วยสูวน้ำมันบำบัด และพบว่าค่าของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การวิจัยของ กุณชลี จริยาปยุคต์เลิศ (2006)⁽¹²⁾ และเวทิส ประทุมศรี ทำการทดลองใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 33 คน และใช้แบบสอบถามการนอนหลับจะเชิงเทราในการวัดปริมาณการนอน พบว่าน้ำมันหอมระเหยสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพและปริมาณของการนอนหลับในกลุ่มทดลองได้

การวิจัยของ Pamela Wan-ki lin และคณะ (2007)⁽¹³⁾ ได้ทำการทดลองทำสูวน้ำมันบำบัดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวจีนทั้งหมด 70 คน โดยการให้กลุ่มทดลองดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และกลุ่มควบคุมให้ดมกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นดอกทานตะวันเป็นเวลาสามอาทิตย์และประเมินสภาวะกระสับกระส่ายด้วยแบบประเมิน CMAI พบว่ากลุ่มที่ดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีค่าของสภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงหลังจากได้รับการบำบัด

การวิจัยของ Jonathan Smallwood และคณะ (2001)⁽¹⁴⁾ ได้ทำการทดลองโดยการคัดเลือกผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 21 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการใช้สูวน้ำมันบำบัด ที่มีผลต่อความผิดปกติทางพฤติกรรมโดยการใช้อินทราเวเนทและบันทึกผลทางพฤติกรรมโดยใช้การควิตีโอเป็นเวลา 1 ชั่วโมงหลังจากการบำบัด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการทำสูวน้ำมันบำบัดพร้อมกับการนวด มีการลดลงของการมีความผิดปกติทางพฤติกรรมมากสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยของ Daiki Jimbo และคณะ (2009) ⁽¹⁵⁾ ได้ทำการทดลองเพื่อหาผลที่อาจจะได้รับจากการทำสวนคนรอบาบัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมทั้งหมด 28 คน ในจำนวนนั้น 17 คนเป็นโรคอัลไซเมอร์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Rosemary และมะนาวในตอนเช้า กลิ่นลาเวนเดอร์และส้มในตอนเย็น เป็นเวลา 28 วัน หลังการทดลองผู้ป่วยจะต้อง washout เป็นเวลา 28 วันก่อนการประเมินผล จากการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่ดีขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยยะสำคัญ ทำให้กล่าวได้ว่าสวนคนรอบาบัดอาจมีผลดีต่อกระบวนการความคิดได้

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สวนคนรอบาบัดเพื่อลดอาการกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

คำถามของการวิจัย (Research Question)

การทำสวนคนรอบาบัดสามารถมีผลต่ออาการกระสับกระส่ายของคนไข้โรคสมองเสื่อมหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้สวนคนรอบาบัดต่ออาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สมมติฐาน (Hypothesis)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการบำบัดด้วยสวนคนรอบาบัดมีพฤติกรรมกระสับกระส่ายที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลของการใช้สวนคนรอบาบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยทำการวิจัยเชิงทดลองโดยให้โปรแกรมการดมน้ำมันต่อกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองที่มาเข้ารับการรักษาโรคสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และกลุ่มควบคุมได้รับโจโจบาร์ ออย ทั้งสองกลุ่มใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบ Cohen-Mansfield Agitation Inventory

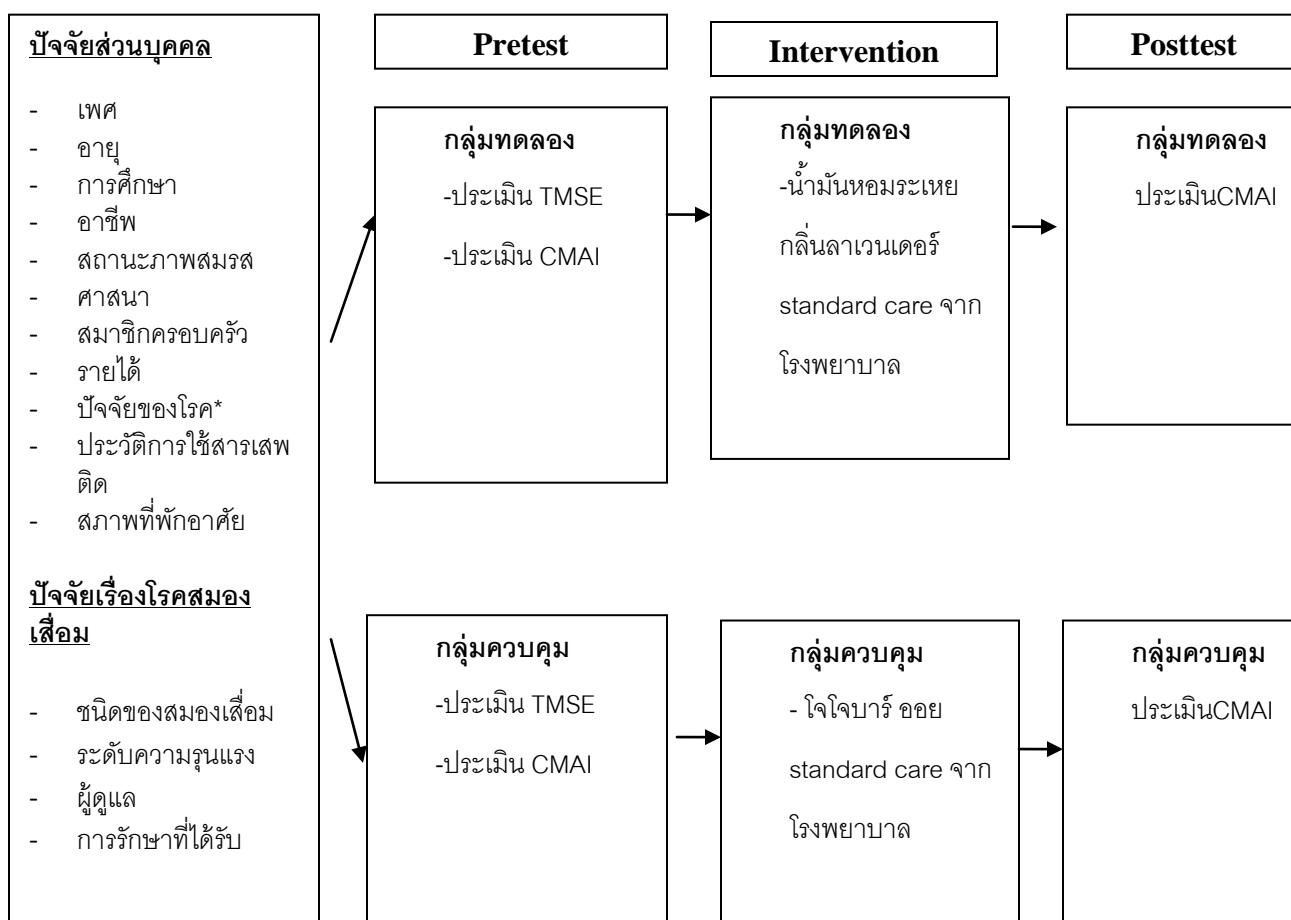
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ยาที่ได้รับ
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะกระสับกระส่าย

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer disease (AD), Vascular dementia หรือ AD with CVD ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์และเข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ทุกคนมีผู้แทนโดยชอบธรรมในการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการกระสับกระส่ายและเข้ารับการรักษาด่วนที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งการบำบัดนั้นผู้ดูแลมีหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมดในการให้ผู้ป่วยได้รับกลิ่นตามช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนด จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลเป็นอย่างมากเพื่อความต่อเนื่องของการทดลอง และผลการทดลองที่สมบูรณ์ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงต้อง

ทำให้แน่ใจว่าตลอดการทดลองผู้ดูแลจะไม่ลืมทำสุคนธบำบัดให้กับผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดด้วยการโทรไปเตือนผู้ดูแลวันเว้นวันตลอดช่วงการทดลอง นอกจากนี้จำนวนของผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่ายร่วมอยู่ด้วยอย่างเห็นได้ชัดนั้นมีจำนวนน้อย จึงทำให้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่นานขึ้น

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการทดลอง (Operational Definition)

สุคนธบำบัด เป็นการบำบัดโดยใช้สารสกัดจากธรรมชาติ สมุนไพร ดอกไม้ ลำต้น ราก หรือส่วนต่างๆ ของต้นไม้มี่มีคุณสมบัติในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ ในการทดลองนี้เลือกใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เนื่องจากคุณสมบัติที่มีความเหมาะสมต่อการทดลอง มีความเชื่อว่าการสูดดมกลิ่นหอมจากสุคนธบำบัดนั้นสามารถช่วยในเรื่องของการทำงานของสมอง นอกจากนี้การนวดน้ำมันหอมระเหยลงบนผิวหนังนั้นสามารถซึมซับโดยตรงสู่กระแสเลือดและกระจายไปทั่วร่างกายได้ และการวิจัยนี้ยังใช้โจโจบาร์ ออย ในกลุ่มควบคุมโดยโจโจบาร์ ออยเป็นสารสกัดธรรมชาติจากต้นโจโจบาร์ มีกลิ่นอ่อนไม่แรง ไม่สกัดกั้นการหายใจ ซึมซาบสูผิวได้ดี

พฤติกรรมกระสับกระส่าย โดยส่วนใหญ่จะปรากฏออกมาในรูปแบบของคำพูดและพฤติกรรมซึ่งแตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม อาทิ การเปล่งเสียงดัง การก่นด่า กรีดร้อง สบประพาศ กระสับกระส่ายไม่หยุดนิ่ง เดินไปมาไร้จุดหมาย และถือสิ่งของที่ ไม่เหมาะสม โดยในการทดลองนี้ใช้แบบทดสอบ Cohen-Mansfield Agitation Inventory หรือ CMAI ในการวัดค่าความถี่ของพฤติกรรมกระสับกระส่ายที่เกิดขึ้น (Cohen-Mansfield & Billig, 1986)⁽¹⁶⁾

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer disease (AD), Vascular dementia หรือ AD with CVD ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์และเข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

เพื่อเพิ่มแนวทางในการช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่ายที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และสามารถนำแนวทางการบำบัดนี้ไปปรับใช้ในชีวิตรประจำวันได้ และสามารถแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุคนธบำบัด หรือศาสตร์แห่งการบำบัดแขนงอื่นในอนาคตสำหรับการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในอนาคตต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจากเอกสารต่างๆ โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทำงานวิจัยโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช

ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 24 คน โดยการทำให้อุปกรณ์การทำบำบัดแก่ผู้ดูแลเพื่อกลับไปทำณ ที่พักของผู้ป่วยเป็นเวลาสองอาทิตย์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลการวิจัย

ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่ออธิบายถึงวิธีการ และสิ่งที่ต้องการจะทำในงานวิจัยกับคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัยจนเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยเขียนบทความ Manuscript เป็นภาษาอังกฤษเพื่อส่งตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ แล้วดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์เพื่อเสนอผลการวิจัยต่อคณาจารย์ คณะกรรมการสอบต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลการทำสวนคนบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชา จิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยดังนี้

แนวคิดและทฤษฎี

โรคสมองเสื่อม (Dementia)

ความหมายของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานของสมองที่เสื่อมลง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เช่นเดิม พร้อมทั้งไม่สามารถที่จะวางแผน ตัดสินและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ พร้อมทั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และมีปัญหาทางพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด

WHO⁽¹⁷⁾ ให้ความหมายของโรคสมองเสื่อมไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีผลต่อความทรงจำ กระบวนการความคิด พฤติกรรมและความสามารถในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

National Institute of Neurological Disorders and stroke (NINDS)⁽¹⁸⁾ ให้ความหมายของโรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่สามารถก่อให้เกิดโรคหลายชนิดที่มีผลกระทบต่อกระบวนการทำงานของสมอง ส่งผลถึงการใช้ชีวิตประจำวันและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยผู้ป่วยจะค่อยๆสูญเสียความสามารถในการแก้ปัญหา ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป

สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย⁽¹⁹⁾ ให้คำจำกัดความของโรคสมองเสื่อมไว้ว่าเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นเท่าไรก็จะมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะของโรคสมองเสื่อมมากขึ้นเท่านั้น เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ

นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์⁽²⁰⁾ ให้คำนิยามของความหมายของโรคนี้ว่าเป็นโรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีความจำเลวลง, หลงลืม หรือบุคลิกภาพและอารมณ์ผิดแผกไปจากปรกติและพึ่งตนเองไม่ได้

นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล⁽²¹⁾ ให้ความหมายของโรคนี้ว่าเป็นภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้ เป็นโรคที่มักพบในผู้สูงอายุทำให้ผู้ที่ เป็นมีอาการหลงลืม การใช้ภาษาผิดปกติ และพฤติกรรมรวมถึงอารมณ์เปลี่ยนไป

สรุปได้ว่า โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของการทำงานของสมองในด้านของกระบวนการคิด สติปัญญา การตัดสินใจ และความจำรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของอารมณ์และพฤติกรรมที่มักจะมีอาการเสื่อมลงเรื่อยๆ ทำให้สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและเกิดผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและคนรอบข้าง

ชนิดของโรคสมองเสื่อม^(22,23)

โรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นจากตัวโรคที่เข้าไปทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่ในสมองและทำให้เกิดความเสียหายในส่วนของการทำงานของสมองซึ่งโรคที่เกิดขึ้นจากการมีภาวะสมองเสื่อมโดยทั่วไปคือ Alzheimer's disease และ vascular dementia ผู้ป่วยบางคนมีอาการสองอาการควบคู่กันของทั้งสองโรค นอกจากนี้โรคในโรคสมองเสื่อมยังมี dementia with Lewy bodies และ frontotemporal dementia รวมไปถึง Parkinson's disease ภาวะติดสุรา และการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

Alzheimer's disease เป็นชนิดของโรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเซลล์สมองจะเสื่อมสลายอย่างรวดเร็วและรุนแรง ทำให้การทำงานของสมองลดลงการที่แสดงออกอย่างผิดปกติของโรคที่เห็นได้ชัดคือด้านความจำ พฤติกรรม และอารมณ์ ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะช้าเมื่อเทียบกับโรคสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น

Vascular dementia หรือโรคสมองเสื่อมจากเส้นเลือดในสมอง เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในสมองที่เกิดการตีบตันทำให้ออกซิเจนไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงสมองและทำให้สมองส่วนนั้นโดนทำลายหรือตายในที่สุด สาเหตุนี้ทำให้บุคคลที่มีอาการดังกล่าวสูญเสียการทำงานในส่วนของสมองที่ตายซึ่งจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่มีอาการของเส้นเลือดในสมองตีบหรือ stroke นั้นเอง การเกิดstrokeสามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การควบคุมกล้ามเนื้อ และการสัมผัสต่างๆ หรืออาการดังกล่าวข้างต้นผสมผสานกัน ขึ้นอยู่กับส่วนไหนของสมองที่ได้รับความเสียหาย

นอกจากนี้ยังมีโรคสมองเสื่อมจาก Parkinson's disease เป็น subcortical dementia ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเป็นอาการเด่น และtraumatic brain injury เป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่ควรระวังเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม^(20,21,22)

โรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยได้มีการจำแนกประเภทที่แตกต่างกันออกไปในหลายลักษณะดังนี้

1. เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง โดยเนื้อสมองจะมีการเสื่อมสลายหรือบางส่วนของสมองเกิดการตายขึ้น โดยส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุว่าเกิดจากอะไร และไม่ทราบว่ามีการเคมีชนิดใดที่ทำให้เกิดการตายของสมอง โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน และยังมีโรคอื่น ๆ

2. โรคสมองเสื่อมเกิดจากหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตันผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงสมองลดลง เมื่อลดลงมากจนถึงระดับที่ออกซิเจนไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองตาย ถ้าเนื้อสมองมีการตายในหลายบริเวณของสมองจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้

3. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง โดยความเสียหายของสมองจะเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อในสมอง เนื้อสมองบางส่วนที่ตายไป ทำให้ความสามารถของสมองเสื่อมลง โดยอาการที่เป็นมักจะมีอาการจำที่แย่ลง อาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ เอะอะไว้วาย บางคนอาจมีอาการเห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นลักษณะของสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง ส่วนใหญ่โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง มักพบในคนอายุน้อย

4. โรคสมองเสื่อมจากการขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามิน B1 หรือวิตามิน B12 วิตามิน B1 เป็นสารช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ โดยมักพบได้ในผู้ที่เป็โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเหล้า หรือผู้ที่ขาดสารอาหารบางตัวจากการบริโภคในชีวิตประจำวัน

5. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการแปรปรวนของอัตราเมตาโบลิคของร่างกาย เช่นการทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติไป การทำงานของตับหรือไตที่ผิดปกติ อาการเหล่านี้มีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ อาจก่อให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้

6. โรคสมองเสื่อมจากการถูกกระทบกระแทกที่ศีรษะ พบบ่อยในคนที่มีปัจจัยเสี่ยง ที่จะมีการกระทบกระแทกที่ศีรษะ อาทิเช่น นักมวย หรือผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ บริเวณที่ได้รับการกระทบกระเทือนอย่างหนักจนทำให้เนื้อสมองตายจนเป็นผลให้เกิดภาวะของโรคสมองเสื่อมได้

7. โรคสมองเสื่อมจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง เนื้องอกในบริเวณนี้อาจจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจดจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง เป็นลักษณะของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

8. โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาการที่แสดงออกมาคืออาการที่มีภาวะความจำแย่ลง และโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคจิตเภท

การวินิจฉัยของโรคสมองเสื่อม^(23,24)

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจะรวบรวมข้อมูลจากประวัติในอดีตของคนไข้ ผลของการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV-TR) ในการวิเคราะห์เข้าเกณฑ์โรค โดยเริ่มต้นจากการการประเมินอาการของผู้ป่วยประเมินความรวดเร็วของการเกิดอาการ ระยะเวลาของโรค ลักษณะการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรคเพื่อช่วยในการวินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค โดยสามารถวินิจฉัยได้จาก⁽²⁵⁾

1. ประเมินความจำ โดยเฉพาะ short term memory หรือความจำระยะสั้นซึ่งเป็นความจำที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่นาน อาจเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง ซึ่งปัญหาเรื่องความจำนั้นเป็นปัญหาความจำของเหตุการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นไม่นานหรือเป็นเหตุการณ์ในอดีต เป็น 10 ถึง 20 ปีที่ผ่านมาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคได้

นอกจากนี้ยังต้องประเมินความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นว่าในวันหนึ่งๆมีการแสดงอาการเรื่องของปัญหาความจำบ่อยหรือไม่ การให้จำสิ่งของ 3 สิ่งเป็นอีกหนึ่งวิธีในการประเมินความจำโดยตรงเพื่อดูความสามารถในการ Encoding และให้จำสิ่งของสามสิ่งไว้เพื่อกลับมาถามอีกครั้งเพื่อดู recall memory การประเมินวิธีนี้ต้องประเมินควบคู่ไปกับประวัติของผู้ป่วยด้วย

2. ประเมินความผิดปกติของการสื่อสาร (aphasia) เป็นการประเมินจากญาติหรือจากผู้ป่วย ประเมินโดยการถามกับผู้ป่วยโดยตรง โดยการชี้สิ่งของแล้วให้บอกว่าเป็นสิ่งนั้นเรียกว่าอะไร เพื่อประเมินว่าเรียกสิ่งของสิ่งนั้นถูกหรือไม่

3. ประเมินความผิดปกติของการกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย (apraxia) ประเมินจากการทำกิจกรรมจากกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่นการแปรงฟัน อาบน้ำ หรือแต่งตัว เป็นต้น ทั้งนี้การทำงานของกล้ามเนื้อต่างๆปกติ

4. ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส (agnosia) ผู้ป่วยจะจำสิ่งของ สถานที่หรือใบหน้าที่เคยไม่ได้ ซึ่งจะประเมินโดยให้ผู้ป่วยลองสัมผัสและกำสิ่งของชิ้นหนึ่งไว้ในมือ ให้หลับตาและบอกชื่อสิ่งของนั้นเป็นต้น

5. ประเมินความผิดปกติของระบบการจัดการ (executive function) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องของการทำความเข้าใจ การวางแผน และการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการลำดับขั้นตอน เหตุผล และความคิดเชิงนามธรรมอีกด้วย เช่น ผู้ป่วยจะไม่สามารถแต่งตัวเองได้ เนื่องจากไม่ทราบว่าจะสวมใส่ที่ส่วนไหนของร่างกายส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยสามารถประเมินได้จากการถามผู้ป่วยโดยการให้อธิบายเรื่องความเหมือนของสิ่งของต่างๆเช่น โต๊ะและเก้าอี้ ส้มและกล้วย เป็นต้น

การรักษาโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมนั้นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุซึ่งบางชนิดนั้นสามารถที่จะรักษาหรือบรรเทาอาการให้หายหรือดีขึ้นได้ แต่บางชนิดก็สามารถทำได้เพียงแค่ชะลอไม่ให้อาการแย่ลงไปเท่านั้น อาทิเช่นโรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการขาดวิตามิน B1 และ B12 ถ้ารักษาได้ทันเวลา และสมองไม่ได้รับความเสียหายมากนัก อาการของโรคก็จะดีขึ้น แต่

โรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่เสื่อมลงของสมอง หรือการติดเชื้อในสมอง โรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจากอาการเหล่านี้ไม่สามารถรักษาได้ สามารถที่จะใช้ยาบางชนิดเพื่อช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลงได้ ถึงแม้ว่าปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่ก็ยังไม่สามารถคิดค้นวิธีการรักษาที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคนี้ได้

แนวทางการรักษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 แนวทางหลักมีดังนี้⁽²⁶⁾

1. การรักษาโดยการให้ยา โดยใช้ยากลุ่มประคับประคองอาการสมองเสื่อมเพื่อชะลอการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง โดยการให้ยากลุ่ม acetylcholineesterase inhibitor ซึ่งยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำลาย acetylcholine ผลข้างเคียงที่พบได้คือ อาการกระวนกระวาย หงุดหงิด ท้องเสีย ส่วนใหญ่มักใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก Alzheimer's disease นอกจากนี้ยังมี ยาดonepezil ที่ออกฤทธิ์ต่อ acetylcholineesterase ในสมองมากขึ้น มีผลข้างเคียงในระดับและอวัยวะอื่นน้อย และ rivastigmine ที่ออกฤทธิ์คล้าย donepezil ซึ่งยาตัวนี้มีผลดีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่สามารถรักษาและสามารถชะลอหรือบรรเทาอาการร่วมต่างๆ เช่น อาการทางจิต อาการกระวนกระวายอยู่ไม่สุข หรือปัญหาในการนอนเป็นต้น การรักษาโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผลที่ดีที่สุดในการรักษา โดยการรักษาดังวิธีนี้มีหลายรูปแบบจึงจำเป็นที่จะต้องเลือกให้มีความเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการดำเนินโรค

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยาจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนั้นมีความพร้อมในการรับมือกับอาการของตนด้วยการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง สร้างความภาคภูมิใจให้ตนเองโดยการปล่อยให้ทำกิจกรรมเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ให้กำลังใจและช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น⁽²⁷⁾

การกระตุ้นที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความไวต่อการกระตุ้นทั้งตัวกระตุ้นที่น้อยและมากจนเกินไปซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะเครียดแก่ผู้ป่วยได้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่รบกวนตามมา ลดความเครียดรอบกายของผู้ป่วยโดยการสร้างสภาวะแวดล้อมให้เหมาะสม และมีตัวกระตุ้นให้น้อยที่สุด นอกจากนี้ยังสามารถส่งเสริมผู้ป่วยให้รักษากิจวัตรประจำวันของตัวเองได้โดยการใช้อุปกรณ์หรือสัญลักษณ์ต่างๆ เป็นตัวกระตุ้น การสื่อสารที่อาจต้องใช้สัญลักษณ์และภาษากายมากกว่าการพูด⁽²⁷⁾

การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่อาการที่เป็นผลจากความจำบกพร่อง อาทิเช่นอาการหลงผิด คิดว่ามีขโมยขึ้นบ้าน ทึกทักว่าสิ่งที่ตนคิดนั้นเป็นจริงทั้งหมด สิ่งที่ต้องทำคือการเบี่ยงเบนความสนใจและหลีกเลี่ยงการอธิบายด้วยเหตุผล ในกรณีที่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน สามารถทำได้โดยหลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยไม่นอนกลางวัน ให้ทำกิจกรรมที่ขยับร่างกายเช่นพาไปเดินเล่น หรือปลุกผู้ป่วยในเวลาเดิมให้เป็นกิจวัตรประจำวัน⁽²⁸⁾

ภาวะกระสับกระส่าย (Agitation)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่แสดงภาวะกระสับกระส่ายออกมาในรูปแบบของความหงุดหงิด ไม่สบายใจ อยู่ไม่สุข หรือมีพฤติกรรมที่ค่อนข้างรุนแรง เนื่องจากสมองของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งอาการนี้อาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและคนรอบข้าง และจะแย่ขึ้นเรื่อยๆหากไม่ได้เตรียมแผนรับมือ

จากหนังสือ Signs and Symptoms ⁽²⁹⁾ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สามให้คำจำกัดความของอาการกระสับกระส่ายไว้ว่าเป็นอาการในช่วงที่เกิดสิ่งเร้ามากเกินไปจนก่อให้เกิดความเครียดและหงุดหงิดได้ง่ายส่งผลให้เกิดภาวะสับสน ทำกิจกรรมมากเกินไป และมีอารมณ์มึนงงรำย อาการกระสับกระส่ายอาจก่อให้เกิดการได้รับบาดเจ็บทางสมอง โรคทางจิตเวช และอาการผิดปกติอื่นๆ สิ่งที่ยังบอกถึงอาการกระสับกระส่ายใจไม่อยู่กับเนื้อกับตัวได้เป็นอย่างดีก็คือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสังเกตได้จากสภาวะอารมณ์ ความทรงจำ การทำกิจกรรมที่มากเกินไป และความคิดมึนงงรำย

Cohen-Mansfield ⁽³⁰⁾ ได้ให้คำนิยามของภาวะกระสับกระส่ายไว้ว่า ภาวะกระสับกระส่ายเป็นพฤติกรรมอันไม่เหมาะสมในเรื่องของการใช้คำพูด เสียง และพฤติกรรมที่ไม่ได้ตัดสินใจด้วยบุคคลภายนอกว่าเป็นผลมาจากความต้องการอันสับสนของตัวผู้ป่วยในแต่ละคน

Koss ⁽³¹⁾ กล่าวว่าไว้ว่าพฤติกรรมกระสับกระส่ายยังสามารถแสดงถึงความเสียหายในกระบวนการคิดของคนแก่ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

พรเทพ เปรมสำราญ และ สุปรภาณี นิรุติศาสน์ ⁽³²⁾ ให้ความหมายของภาวะกระสับกระส่ายว่าเป็นอาการที่ผู้ป่วยเกิดจากความไม่สบายทางกายและ/หรือทางอารมณ์อย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการหลายรูปแบบได้ตั้งแต่เคลื่อนไหวตัวไปมา ส่งเสียงเอะอะ พุดจาสับสน

ภาวะกระสับกระส่ายจะแสดงออกมาในลักษณะของการกรีดร้อง หรือการมีพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม โดยต้องแยกออกจากอาการสับสนและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเข้าใจ ลักษณะของภาวะกระสับกระส่ายสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มอาการดังนี้ ⁽³³⁾

1. ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (verbally non-aggressive) มีลักษณะของการดังต่อไปนี้ การพุดจาหรือถามซ้ำๆ เรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแลและคนรอบข้าง คำพุดต่อต้านและปฏิเสธผู้ดูแล ทำเสียงแปลกประหลาด ไม่ได้ใจความ

2. มีอาการก้าวร้าวทางวาจา (verbally aggressive) มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ กรีดร้อง ด่าทอ บ่น มีวาจาล้วงละเมิดทางเพศ

3. ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกาย (physically non-aggressive) มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ การแต่งกายไม่เหมาะสม หรือไม่ถูกกาลเทศะ การเดินไปเดินมา การมีภาวะกระสับกระส่ายหงุดหงิด การนำสิ่งของไปซ่อน การเก็บสะสมสิ่งของ เข้าไปรื้อค้นสิ่งของหรือถือสิ่งของที่ไม่เหมาะสม การพยายามออกไปข้างนอกที่พัก การแสดงพฤติกรรมซ้ำไปซ้ำมา

4. มีอาการก้าวร้าวทางกาย (physically aggressive) มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น กัด ทบตีสิ่งของและคนรอบข้าง เตะ คว่ำและกระชากสิ่งของ ขว้างของ ช่วน ฉีกหรือทำลายข้าวของ ถ่มน้ำลาย พยายามที่จะจับต้องและล้วงละเมิดทางเพศผู้ดูแลหรือคนรอบข้าง

สาเหตุของการเกิดภาวะกระสับกระส่าย^(33,34)

ในโรคสมองเสื่อม พฤติกรรมกระสับกระส่ายนี้สามารถเกิดได้ในโรคอย่างอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะแสดงอาการถดถอยในเรื่องของความทรงจำ ความสนใจ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความตื่นตัว มากไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจมีอาการที่เดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย ภาพหลอน และอาการนอนไม่หลับได้อีกด้วย ระดับของความเครียดและความกังวลเองก็เพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมกระสับกระส่ายนี้จะเพิ่มมากขึ้นในช่วงกลางวันหรือช่วงเย็นเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาจสร้างความลำบากให้แก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้ตั้งแต่ไม่อันตรายจนถึงอันตรายมาก อาทิ ตีตัวเองหรือผู้อื่น เตะ ขว้างปาสิ่งของ กรีดร้อง ใช้วาจาหยาบคาย หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งบางครั้งก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น⁽³⁵⁾

โดยทั่วไปแล้วภาวะกระสับกระส่ายสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุทั้งสภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของแต่ละคน หรือจากสถานการณ์รอบตัวของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความยากในการรวบรวมความคิดของผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์ที่สามารถก่อให้เกิดภาวะกระสับกระส่ายได้นั้นจะรวมไปถึง⁽²⁷⁾

- อาการป่วยและยาที่ได้รับ
- การเปลี่ยนที่พักอาศัยของผู้ป่วย
- การเปลี่ยนผู้ดูแล หรือสภาพแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วยนั้นเปลี่ยนไป
- ความกลัวที่เกิดขึ้นจากการที่พยายามจะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมรอบด้านที่ก่อให้เกิดความสับสน

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความไวต่อความรู้สึกและสภาพแวดล้อมเป็นอย่างมาก ซึ่งสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคือสภาพแวดล้อมที่สงบ เงียบ ปราศจากสิ่งกระตุ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอาศัยอยู่ในสภาวะที่เหมาะสมต่อตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตามกิจวัตรประจำวันของตนเองได้เช่นเดิม เพราะการเปลี่ยนแปลงจะก่อให้เกิดความเครียดและสับสนต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด โมโห และเกิดความกลัวขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะประสับกระส่ายที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถพบได้อีกว่าผู้ป่วยที่ถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวบ่อยครั้งหรืออยู่รายล้อมไปด้วยญาติพี่น้องที่มีจำนวนมากเกินควร ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่ายแสดงออกมา นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการออกจากบ้าน การออกไปพบแพทย์ตามนัดหรือการไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งการเดินทางและเปลี่ยนสถานที่บ่อยจะทำให้ผู้ป่วยที่เดิมที่อยู่ในภาวะที่สงบและชินกับสภาพแวดล้อมที่เคยเป็นเกิดความสับสนและเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดภาวะกระสับกระส่ายมากขึ้น

นอกจากนี้อาการที่บ่งบอกว่าคนไข้อาจมีอาการกระสับกระส่ายคือ การนอน โดยผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องของการนอน โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะใช้เวลาอนในตอนกลางวันโดยส่วนใหญ่ จึงทำให้ไม่ค่อยง่วงนอนช่วงเวลากลางคืน นอกจากนี้กิจกรรมหรือการบริโภคอาหารก่อนนอนเช่น กาแฟ หรือสุราก็ก่อนนอนก็สามารถก่อให้เกิดภาวะกระสับกระส่ายได้ และเนื่องจากความสับสนของสมองที่เป็นตัวควบคุมต่อการรับรู้ในช่วงเวลาต่างๆของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเกิดความเสียหาย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในช่วงของการเปลี่ยนช่วงเวลา และสาเหตุนี้เองจึงก่อให้เกิดอาการกระสับกระส่ายในช่วงเย็นและช่วงดึกนั่นเอง

การรับมือกับภาวะกระสับกระส่าย ^(27,36)

ภาวะกระสับกระส่ายไม่ได้เป็นภาวะที่สามารถหายไปตัวเอง ซึ่งถ้าได้รับการรักษาเพื่อลดอาการนี้ยิ่งเร็วเท่าไรก็จะมีผลดีต่อตัวผู้ป่วยและคนรอบข้างเป็นอย่างดี โดยวิธีการรับมือต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกระสับกระส่ายโดยหลักใหญ่ๆแล้วมีอยู่หลายวิธีดังนี้

1. การดูแลโดยไม่ใช้ยา

1.1 การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกระสับกระส่าย การปรับสภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสามารถเป็นตัวช่วยให้อาการนั้นบรรเทาลง ลักษณะอาการโดยทั่วไปของภาวะสมองเสื่อม เช่นการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความสงบ และมีแสงที่เพียงพอ ปราศจากตัวกระตุ้นหรือมีตัวกระตุ้นให้น้อยที่สุด พยายามจัดสภาพแวดล้อมและกิจกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในรูปแบบของกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างวันอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกระสับกระส่ายได้

1.2 การเรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นบ่อยครั้งจะแสดงถึงความยากลำบากในการจดจำ คิด หรือการบรรยายในสิ่งที่ตนเองต้องการที่จะสื่อสาร โดยในช่วงการดำเนินโรคช่วงสุดท้ายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารได้โดยการพูดแต่กลับกลายเป็นการแสดงออกทาง

ร่างกายแทน สิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดภาวะกระสับกระส่ายคือ การพยายามสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เนื่องจากว่าหากผู้ดูแลแสดงอาการไม่พอใจ หรือโต้เถียงกับผู้ป่วย ความโกรธและขุ่นเคืองสามารถกระตุ้นภาวะกระสับกระส่ายให้รุนแรงขึ้นได้ คิดค้นสัญลักษณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย หรือการเตรียมความพร้อมให้ผู้พยาพรว่า ณ.ช่วงเวลาสมควรทำอะไร

นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเข้าถึงตัวผู้ป่วยโดยให้เข้าถึงตัวผู้ป่วยอย่างช้าๆ ให้ผู้ป่วยได้ทำความคุ้นเคย การพูดควรพูดอย่างช้า และใจเย็น ใช้คำศัพท์ที่สั้นและเป็นที่ยอมรับ เมื่อผู้ป่วยแสดงที่ทำหงุดหงิดและผู้ดูแลไม่รู้ว่ามีผู้ป่วยมีความต้องการอะไร ให้ใช้คำถามง่ายๆที่ผู้ป่วยสามารถตอบได้ด้วยคำว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่

1.3 การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือและดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันอาทิเช่น การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น การจัดการให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขจะสามารถช่วยลดความกังวลและภาวะกระสับกระส่ายลงได้ถึงแม้ว่าการปล่อยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้ดำเนินชีวิตและทำตามกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่ทำได้จะเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสิ่งนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง แต่อย่างไรก็ตามการให้ความช่วยเหลือในบางกิจกรรมที่อาจเกินความสามารถของตัวผู้ป่วยเองสามารถที่จะป้องกันและลดความกังวลที่ก่อให้เกิดภาวะกระสับกระส่ายลงได้

การหากิจกรรมที่ช่วยบรรเทาความเครียดและกังวลให้ผู้ป่วยเช่นการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เดินเล่น เล่นเกมส์ หรืออ่านหนังสือ สามารถทำให้ผู้ป่วยคลายความตึงเครียดลงได้และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกระสับกระส่าย การใช้วิธีการบำบัดอื่นๆเช่นการนวด หรือการใช้กลิ่นบำบัดก็สามารถลดภาวะนี้ได้เช่นกัน

เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นเมื่อตกอยู่ในสภาวะตึงเครียด กังวลและรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย ตัวกระตุ้นเหล่านี้จะก่อให้เกิดภาวะกระสับกระส่าย การที่ผู้ดูแลเฝ้าว่าตนเองนั้นอยู่ใกล้ผู้ป่วยและจะปกป้องดูแลผู้ป่วยนั้นสามารถลดภาวะความกลัวในการโดนทอดทิ้งได้ ผู้ดูแลเองจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยถึงได้เรียกร้องของความช่วยเหลือจากตน หรือต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดตนด้วยเช่นกัน

2. การใช้ยาในการช่วยลดอาการกระสับกระส่าย

บางครั้งการทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในสภาวะสงบและไม่รบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันของทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นจำเป็นที่จะต้องให้ทั้งร่างกายและจิตใจในการดูแล โดยปัจจุบันยังไม่มีตัวยาไหนที่มีคุณสมบัติในการระงับภาวะกระสับกระส่ายที่ได้ผลดีที่สุด⁽³⁵⁾ การใช้ยารักษาภาวะกระสับกระส่ายเป็นเพียงตัวช่วยและป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาลง

การมีภาวะกระสับกระส่ายมากเท่าไร การใช้ยาในการช่วยบรรเทาอาการจะมีความจำเป็นมากขึ้นเท่านั้น โดยแพทย์จะจ่ายยาตามอาการของภาวะกระสับกระส่ายที่ผู้ป่วยเป็น

ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการรักษาภาวะกระสับกระส่ายจำเป็นที่จะต้องดูตามอาการว่าผู้ป่วยคนนั้นมีภาวะกระสับกระส่ายใด และยาที่ได้รับอยู่แล้วมีผลอะไรบ้าง เช่น ยาบางตัวอาจมีผลดีต่ออาการกระสับกระส่ายที่เกิดขึ้นจากความกังวลหรืออาการซึมเศร้าเป็นต้น ยาที่แพทย์จ่ายเพื่อบรรเทาอาการกระสับกระส่ายโดยทั่วไปได้แก่ ยา antipsychotics ยาantidepressants ยานอนหลับ เป็นต้น

ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคสมองเสื่อมนั้นสามารถที่จะช่วยบรรเทาและป้องกันไม่ให้มีอาการรุนแรงหรือแย่ลงได้ ซึ่งภาวะนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรักษาหรือบรรเทาอาการให้ลดลงเมื่อค้นพบว่าเริ่มมีภาวะนี้เกิดขึ้น เพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลนั้นเป็นหนึ่งในบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขด้วยการดูแลที่ช่วยส่งเสริมและมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งนำมาพาไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งตัวผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลนั่นเอง

สวดคนธำบัต (Aromatherapy)

ความหมายของสวดคนธำบัต

จากการศึกษาค้นคว้าของผู้วิจัยพบว่าผู้ให้คำจำกัดความของการทำสวดคนธำบัตไว้ดังนี้

Aromatherapy Organization Council⁽³⁷⁾ ให้คำจำกัดความว่าเป็นการนำน้ำมันหอมระเหยสกัดจากพืชมาใช้อย่างเป็นระบบในการรักษาแบบholistic เพื่อช่วยทำให้เกิดความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยให้มีส่วนอาการมดดีขึ้น

นพ.ชนินทร์ ลีวานันท์⁽³⁸⁾ ให้ความหมายของการทำสวดคนธำบัตว่าเป็นการบำบัดด้วยกลิ่นหอมจากธรรมชาติ แบ่งเป็น กลิ่นของดอกไม้หอม เช่น กุหลาบ ลาเวนเดอร์ กระดังงา โรสแมรี่ จำปี เป็นต้น โดยดอกไม้ที่มีกลิ่นหอมสามารถนำมาสกัดออกมาเป็นกลิ่นได้ และพืชที่มีกลิ่น เช่น ตะไคร้หอม ยูคาลิปตัส มะกรูด ส้ม มะนาว เป็นต้น โดยของไทยคือสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบนั่นเอง

วิเศษภว วิญญรัตน์⁽³⁹⁾ ให้ความหมายของสวดคนธำบัตว่าเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการใช้น้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติในการบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคทำให้สุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจ ตลอดจนช่วยส่งเสริมการงาน

โสมนภา พรายแสง⁽⁴⁰⁾ ให้คำนิยามของ aromatherapyว่าเป็นการนำคำศัพท์สองคำมารวมกันซึ่ง aromามีความหมายว่ากลิ่นหอม และtherapyมีความหมายว่าการบำบัด เพราะฉะนั้น aromatherapyจึงมีความหมายว่าการบำบัดรักษาด้วยกลิ่นหอมโดยการใช้ น้ำมันที่สกัดจากพืชหรือดอกไม้

วนิดา จิตต์หมั่น และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์⁽⁴¹⁾ ได้ให้ความหมายของสுவคนธบำบัดไว้ว่าเป็นวิธีการบำบัดและบรรเทาอาการของโรคด้วยวิธีธรรมชาติ โดยการนำเอาน้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากส่วนต่างๆจากพืชและดอกไม้ธรรมชาติ เช่น เปลือก กลีบดอกไม้ ใบ ราก และเกสร ที่สกัดด้วยความเข้มข้นและบริสุทธิ์นำมาบำบัดโรคทางกาย

กล่าวโดยสรุปคือการทำสுவคนธบำบัดหรือ Aromatherapy คือ วิธีการบำบัดและบรรเทาอาการของโรคโดยใช้กลิ่นหอมจากน้ำมันหอมระเหยบริสุทธิ์ที่ได้จากการสกัดจากส่วนต่างๆของพืชธรรมชาติในการบำบัดนั่นเอง

ประวัติของสுவคนธบำบัด หรือ Aromatherapy

การบำบัดด้วยการใช้กลิ่นอย่างสுவคนธบำบัดนั้นมีอายุมากกว่า 6000 ปี ซึ่งในสมัยจีน อียิปต์ อินเดีย กรีก และสมัยโรมันโบราณ โดยเริ่มต้นจากประเทศอียิปต์โดยการใช้วิธีการเผาเพื่อใช้กลิ่นในการบูชาเทพเจ้า และดำเนินพิธีกรรมทางศาสนา นอกจากนี้ยังใช้น้ำมันหอมระเหยเป็นน้ำหอม เครื่องสำอางและเป็นยา โดยได้มีการบันทึกข้อมูลการใช้สுவคนธบำบัดเอาไว้ในแผ่นศิลาเมื่อประมาณ 2,500 ปีก่อนคริสตกาล⁽⁴¹⁾

ในยุคสมัยกรีกโรมัน ชาวกรีกได้นำน้ำมันหอมระเหยมาประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์และเครื่องสำอาง ชาวโรมันใช้น้ำมันหอมระเหยในการประกอบพิธีกรรมเพื่อบูชาเทพเจ้า และน้ำมันหอมระเหยไปประยุกต์ใช้และผสมผสานกับศาสตร์อื่นๆ เช่น การนวดโดยผสมเครื่องหอมลงในน้ำมันเพื่อใช้ทาตัวหรือนวดตัว นอกจากนี้ยังรวมไปถึงผสมในอ่างน้ำเพื่อใช้อาบหรือชำระล้าง ในปลายศตวรรษที่ 10 ได้มีหลักฐานว่าประเทศแถบอาหรับว่าแพทย์ชาวอาหรับสามารถคิดค้นวิธีการกลั่นน้ำมันหอมระเหยได้เป็นครั้งแรกและได้นำความรู้นี้ไปเป็นหลักสูตรการศึกษาในประเทศสเปน ความรู้ในเรื่องน้ำมันหอมระเหยจึงได้รับการเผยแพร่เข้าไปสู่ทวีปยุโรป

ในปีคริสต์ศักราช 1963 ได้มีการกล่าวถึงการใช้สுவคนธบำบัดเป็นครั้งแรกในหนังสือฝรั่งเศสที่มีชื่อว่า Aromathérapie: Les Huiles Essentielles, Hormones Végétales เขียนโดยนักเคมีชาวฝรั่งเศส René-Maurice Gattefossé และได้มีการตีพิมพ์ออกมาอีกครั้งเป็นฉบับภาษาอังกฤษในปี 1993⁽⁶⁾ René-Maurice Gattefossé ได้ค้นพบประสิทธิภาพของน้ำมันหอมระเหยโดยบังเอิญเมื่อเขาประสบอุบัติเหตุเปลวไฟลวกมือ จนเขาเกิดความตกใจและเอามือไปปิดโดนขวดน้ำมันลาเวนเดอร์หกเลดมือ เขาพบว่าบริเวณแผลที่โดนไฟลวกหายเร็วกว่าปกติ จึงเป็นสิ่งที่จุดประกายให้เขาทำการค้นคว้าถึงประโยชน์ของน้ำมันหอมระเหยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และได้บัญญัติศัพท์คำว่า Aromatherapy เป็นคนแรกในปีคริสต์ศักราช 1928

ในทวีปเอเชีย ได้มีการบันทึกไว้ว่าประเทศจีนนั้นได้มีการนำศาสตร์ของความหอมมาประยุกต์ใช้เป็นเวลาหลายพันปีเทียบเท่ากับประเทศอียิปต์โดยมีหลักฐานว่าประเทศจีนได้บันทึกการใช้ประโยชน์จะสมุนไพรรวมและเครื่องหอมในตำราสมุนไพรรวม โดยประเทศจีนสามารถแยกสารหอมออกจากสมุนไพรรวมได้มากกว่า 300 ชนิด และได้นำเครื่องหอมเหล่านี้มาประกอบพิธีทางศาสนาเพื่อบูชาเทพเจ้าเช่นกัน

ศาสตร์แห่งการใช้กลิ่นหอมในการบำบัดหรือที่รู้จักกันคือสวดคนธบำบัดนั้นได้รับการบันทึกมาเป็นเวลากว่าพันปีว่าสามารถที่จะช่วยบรรเทาอาการทางด้านร่างกาย กระบวนการคิด และอารมณ์ นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มการนอนหลับ ลดภาวะกระสับกระส่ายในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม⁽⁴³⁾ ซึ่งการทำสวดคนธบำบัดเป็นการนำสารเข้มข้นที่สกัดได้จากพืชธรรมชาติบริสุทธิ์หรือน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในกระบวนการการบำบัดเพื่อช่วยบรรเทาอาการและสามารถใช้ในการรักษาทางการแพทย์ได้ และเนื่องจากความบริสุทธิ์ของตัวน้ำหอมที่สกัดโดยตรงออกมาจากรธรรมชาตินี้เองจึงควรหลีกเลี่ยงที่จะสูดดมกลิ่นเข้าไปโดยตรง โดยการทำสวดคนธบำบัดนั้นสามารถใช้ตะเกียงอโรมาหรือเครื่องกระจายกลิ่นการกระจายความหอม ทั้งนี้ยังสามารถใช้วิธีหยदन้ำมันหอมระเหยลงบนปลอกหมอน หรือผ้าขนหนู และการนวดน้ำมันหอมระเหยลงไปที่ผิวหนัง⁽⁴⁴⁾ ในช่วงยุคก่อนศตวรรษที่ 10 ได้มีการนำบำบัดด้วยสวดคนธบำบัดไปใช้ครั้งแรกในยุโรป ซึ่งในกระบวนการการบำบัดได้ใช้กลิ่นหอมของพืชหอมหลายชนิดอาทิเช่น ลาเวนเดอร์ กระดังงา เลมอน บาล์ม และคาโมลล์มาย เนื่องจากกลิ่นหอมของพืชเหล่านี้มีผลในการช่วยลดความกังวล ความเครียด และอาการซึมเศร้าได้⁽⁴⁵⁾

น้ำมันหอมระเหย (Essential oils)

University of Maryland Medical Center⁽⁴⁶⁾ ให้ความหมายของน้ำมันหอมระเหยว่าเป็นสารที่สกัดบริสุทธิ์จากราก ใบไม้ ผล หรือกลีบดอกไม้ โดยแต่ละชนิดมีคุณสมบัติเฉพาะของตัวมันเองโดยน้ำมันหอมระเหยบางชนิดใช้เพื่อบรรเทาอาการทางกาย และบางชนิดในเรื่องของการจัดการทางอารมณ์

พิมพร ลีลาพรพิสิฐ⁽⁴⁷⁾ ให้ความหมายของน้ำมันหอมระเหยว่า น้ำมันหอมระเหยเป็นน้ำมันที่มีอนุภาคเล็กมากที่พืชผลิตขึ้นมาตามธรรมชาติและสะสมไว้ในส่วนต่างๆของพืช เช่น กลีบดอก เปลือก ราก ใบ ผิวของผล หรือเกสรดอกไม้ เป็นต้น เมื่อได้รับความร้อนอนุภาคที่สะสมอยู่ในบริเวณนั้นๆจะระเหยออกมาเป็นกลิ่นหอม

จุไรรัตน์ แสงสวัสดิ์⁽⁴⁸⁾ ให้ความหมายว่าน้ำมันหอมระเหย คือ น้ำมันหอมระเหยเป็นกลุ่มสารอินทรีย์สะสมอยู่ในบริเวณผนังเซลล์จากพืช โดยพืชสร้างขึ้นและเก็บไว้ในส่วนต่างๆ เช่น ดอก ใบผล ลำต้น ตลอดจนเมล็ดซึ่งจะพบแตกต่างกันไปในพืชแต่ละชนิด คุณสมบัติที่เด่นชัด คือ มีกลิ่นหอมและระเหยได้ง่ายที่อุณหภูมิปกติ และกลิ่นดังกล่าวไม่จำเป็นที่จะต้องหอมเสมอไป

ฝ่ายเภสัชศาสตร์และผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย⁽⁴⁹⁾ ให้ความหมายของน้ำมันหอมระเหยว่าเป็นสารอินทรีย์ที่พืชสร้างขึ้น มักมีกลิ่นหอม ระเหยง่าย โดยพืชเหล่านี้จะมีเซลล์พิเศษ ต่อมน้ำหรือท่อ เพื่อสร้างและกักเก็บน้ำมันหอมระเหย มักพบได้ในบริเวณเปลือกของผลหรือใบของพืช

โดยสรุปแล้ว น้ำมันหอมระเหย หรือ essential oil ที่ได้จากการสกัดจากส่วนต่างๆของพืชธรรมชาติ ส่วนมากจะมีกลิ่นที่หอม โดยน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในการบำบัดนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมาจากการสกัดบริสุทธิ์จากพืชธรรมชาติจึงจะได้ผลในการช่วยรักษาและบรรเทาอาการ เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยมีองค์ประกอบทางสารเคมีที่ออกฤทธิ์และมีประสิทธิภาพเสริมกัน ในทางตรงกันข้าม น้ำมันหอมระเหยที่เกิดจากการสังเคราะห์ให้มีกลิ่นหอมนั้นถึงแม้จะมีกลิ่นหอมที่ใกล้เคียงกัน แต่องค์ประกอบทางสารเคมีเป็นสิ่งที่ไม่สามารถลอกเลียนกันได้

น้ำมันหอมระเหยมีวิธีการกลั่นทั้ง 5 วิธี ดังนี้⁽⁴⁸⁾

1. การกลั่น (distillation)

เป็นวิธีที่นิยมกันอย่างแพร่หลายในการใช้ผลิตน้ำมันหอมระเหย วิธีการกลั่น คือ ใช้น้ำร้อนหรือไอน้ำเข้าไปแยกน้ำมันหอมระเหยออกจากพืช โดยการใช้ความร้อนในการแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อพืช ความร้อนจะทำให้สารละลายออกมากลายเป็นไอ ปนมากับน้ำร้อนหรือไอน้ำ

2. การสกัดด้วยน้ำมัน (extraction by fat)

ใช้กับน้ำมันหอมระเหยที่ระเหยได้ง่ายเมื่อใช้วิธีกลั่นด้วยไอน้ำ วิธีการสกัดด้วยน้ำมันคือ แช่พืชไว้ในน้ำมันซึ่งจะกินเวลานานเนื่องจากต้องใช้เวลาหลายวัน น้ำมันจะช่วยดูดเอากลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยออกมา วิธีนี้ใช้ในการสกัดน้ำมันหอมระเหยอาทิ ดอกมะลิ ดอกกุหลาบ เป็นต้น

3. การสกัดด้วยสารเคมี (solvent extraction)

วิธีการสกัดด้วยสารเคมีจะใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีความเข้มข้นสูง แต่คุณภาพไม่ดีเท่าการกลั่น เนื่องจากหลังจากการสกัดจะได้สารเคมีชนิดอื่นปนมาด้วย การสกัดแบบนี้จะได้น้ำมันหอมระเหยที่เรียกว่า absolute oil เพราะฉะนั้นวิธีจึงเหมาะกับพืชหรือดอกไม้ที่ไม่สามารถทนความร้อนสูงเช่นการกลั่นได้ เช่น ดอกมะลิ และที่สำคัญคือ หลังจากการสกัดต้องทำการระเหยสารเคมีที่ใช้เป็นตัวสกัดออกให้หมด สารเคมีที่นิยมใช้เป็นตัวสกัดคือ แอลกอฮอล์

4. การบีบหรือคั้น

วิธีการคั้นจะให้น้ำมันที่อยู่ในบริเวณเปลือกของผลของต้นพืช หรือผลไม้ เช่น เปลือกพืชตระกูลส้ม มะกรูดออกมา อย่างไรก็ตามน้ำมันหอมระเหยที่ได้จะมีปริมาณน้อยและไม่ค่อยบริสุทธิ์

5. การใช้คาร์บอนไดออกไซด์

วิธีการใช้คาร์บอนไดออกไซด์ทำโดยการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ที่ถูกทำให้เป็นของเหลวที่ความดันสูงเข้าไปกระตุ้นพืชหรือดอกไม้ให้สกัดน้ำมันหอมระเหยออกมา โดยปัจจุบันเป็นวิธีการผลิตน้ำมันหอมระเหยที่

นิยมใช้มาก เพราะจะได้น้ำมันหอมระเหยที่มีความบริสุทธิ์สูง และมีกลิ่นที่หอมกว่าแบบอื่นๆ แต่วิธีนี้มีต้นทุนในการผลิตที่สูงกว่าวิธีอื่นๆข้างต้น

คุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหย ⁽⁴⁹⁾

คุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของพืชและดอกไม้ที่ได้รับการสกัดเป็นน้ำมันหอมระเหยออกมา โดยกลิ่นบางกลิ่นสามารถช่วยขจัดแบคทีเรียในอากาศ ด้านแบคทีเรียและเชื้อราได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำมาวดประคบกล้ามเนื้อเนื้ออกเสบ หรือแผลพุพองได้ นอกจากนี้ยังทำให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ทำให้เกิดความสุขขึ้นระหว่างทั้งสองฝ่าย และยังสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องสำอางได้อีกด้วย โดยการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหยนั้นจะครอบคลุม 3 บริเวณใหญ่ดังนี้

1. น้ำมันหอมระเหยเข้าไปทำปฏิกิริยากับสารเคมีในร่างกาย อาทิเช่นเข้าไปทำปฏิกิริยาในกระแสเลือด มีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนบางชนิด และเอนไซม์ต่างๆในร่างกาย ลดการระคายเคืองของผิวได้
2. น้ำมันหอมระเหยเข้าไปกระตุ้นการทำงานของร่างกายในการหลั่งสารเคมีต่างๆออกมาซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เช่นการไปกระตุ้นหรือระบบประสาท เช่นช่วยลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ
3. น้ำมันหอมระเหยที่เข้าไปช่วยในด้านของจิตใจ โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งน้ำมันหอมระเหยจะมีผลที่สะท้อนออกมาในแต่ละคนแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของกลิ่นที่ดม สามารถช่วยลดความตึงเครียด ทำให้สดชื่นมากยิ่งขึ้น

น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender essential oil) ^(50,51)

น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เป็นน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในโลกโดยดอกลาเวนเดอร์มีถิ่นกำเนิดอยู่ที่ประเทศฝรั่งเศส บัลแกเรียและแถบชายฝั่งเมดิเตอร์เรเนียน ส่วนที่นำมาสกัดเป็นน้ำมันหอมระเหยคือ ดอก และสกัดด้วยวิธีการกลั่นด้วยไอน้ำ (steam distillation) ลาเวนเดอร์นั้นมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *lavandula angustifolia* หรือ *lavandula officinalis* ซึ่งมาจากรากศัพท์ภาษาละตินที่มีความหมายว่าการชำระล้าง ซึ่งลาเวนเดอร์นั้นมีชื่อเสียงจากการใช้กลิ่นหอมของมันเพื่อทำให้จิตใจสดชื่น และมักนิยมใช้ในการชำระล้างร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามได้มีงานวิจัยออกมายืนยันแล้วว่าลาเวนเดอร์นั้นไม่ได้ช่วยในการชำระล้างหรือสามารถเสริมความงามได้อย่างเดียว แต่สามารถใช้ในเรื่องของปัญหาการนอนหลับ ซึมเศร้า กังวลและภาวะอ่อนแอได้

น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์นั้นมีความสมบัติในการช่วยให้อากาศบริสุทธิ์ ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย บรรเทาอาการปวด และที่สำคัญสามารถรักษาสมดุลของระบบประสาทซึ่งก่อให้เกิดภาวะไม่สงบทางกาย กระสับกระส่าย ซึ่งลาเวนเดอร์จะทำให้เกิดความสงบทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยงานวิจัยหลายชนิดได้ทำการค้นคว้าถึงประโยชน์ของน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในทางการแพทย์ได้น้ำมันหอมระเหยนั้นสามารถในเรื่องของอาการนอนไม่หลับ เครียด กังวล และอาการผม่วังได้ นอกจากการสูดดมแล้ว น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มักใช้ในการบำบัดด้วยการนวด หรือฝังเข็มเป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อโดยช่วยคลายอาการตึงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆในร่างกายได้อีกด้วย

เนื่องจากคุณสมบัติที่หลากหลาย น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ จึงเป็นที่นิยมในการนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบำบัดสุขภาพธรรมชาติอย่างกว้างขวาง เพราะมีน้ำมันหอมระเหยไม่กี่ชนิดที่สามารถนำมาใช้กับผิวหนังได้โดยตรงและไม่เกิดความระคายเคือง

การบำบัดด้วยสุคนธบำบัด⁽⁵²⁾

วิธีการบำบัดโดยการใช้น้ำมันหอมระเหยมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือวิธีการสูดดม และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ในเรื่องของการสูดดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยเข้าไปในร่างกาย ซึ่งกระบวนการการสูดดมกลิ่นนั้นเป็นวิธีที่ง่ายและรวดเร็วที่สุดในการแสดงถึงผลลัพธ์ของการใช้การบำบัดนี้ น้ำมันหอมระเหยจะเข้าไปออกฤทธิ์ในร่างกายเมื่อมีการสูดดมกลิ่นของน้ำมันเข้าไป โดยกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยจะไปทำปฏิกิริยากับโพรงจมูก และผ่านไปสู่ประสาทรับกลิ่นซึ่งอยู่ภายในโพรงจมูกชั้นใน หลังจากนั้นน้ำมันหอมระเหยจะถ่ายทอดโดยตรงสู่สมองส่วนลิมบิก⁽⁵²⁾ น้ำมันหอมระเหยจะไปกระตุ้นการทำงานของและการเจริญเติบโตของเซลล์กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด รวมถึงการทำให้ผ่อนคลายและช่วยในเรื่องของความทรงจำได้อีกด้วย ดังนั้นการบำบัดด้วยสุคนธบำบัดใหญ่ๆแล้วสามารถทำได้หลายวิธีโดยน้ำมันหอมระเหยเป็นตัวเอกสำคัญในการบำบัดประยุกต์ใช้ได้ดังนี้^(51, 52)

1. การสูดดม (Inhalation/diffusion) การสูดดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยเป็นหลักพื้นฐานในการนำไปใช้ของวิธีการบำบัดนี้ และเนื่องจากกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยหลายตัวมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการไซนัสอักเสบ อารมณ์ และระบบทางเดินหายใจ วิธีการสูดดมกลิ่นของสุคนธบำบัดโดยตรงจึงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก

2. การนวด (massage) โดยการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในครีมและนวดเพื่อให้น้ำมันหอมระเหยสามารถซึมซับลงไปบนผิวหนังโดยตรง การนวดนั้นสามารถช่วยบรรเทาอาการได้ถึงสองทางทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ

3. การประคบ (compresses) โดยใช้ผ้าจุ่มลงไปใต้น้ำอุ่น ที่ผสม essential oils และนำ มาประคบในส่วน ของร่างกายที่มีปัญหา จากนั้นใช้ผ้าพลาสติกพัน ทิ้งไว้ 1-2 ชั่วโมง วิธีนี้เพื่อช่วยรักษาอาการชา ปวดตามข้อ ปวด กล้ามเนื้อ และรอยแผลไหม้ เป็นต้น

4. การอาบน้ำ (bathing) โดยการผสมน้ำมันหอมระเหยลงไปในน้ำอุ่นแล้วคนให้น้ำมันหอมระเหยกระจาย ตัวในอ่างอาบน้ำ หลังจากนั้นให้ลงไปแช่ตัวในน้ำพร้อมทั้งสูดหายใจเข้าลึกๆเพื่อสูดดมกลิ่นหอมของน้ำมันหอม ระเหย

ในปัจจุบันการใช้สมุนไพรบำบัดในการช่วยบรรเทาอาการต่างๆเป็นที่นิยมกันอย่างกว้างขวางและยังไม่มีพบ ผลข้างเคียงร้ายแรง แต่อย่างไรก็ตามด้วยการศึกษาที่ยังไม่มีผลออกมาอย่างชัดเจนว่าสามารถช่วยรักษาโรคให้ หายขาดนั้นยังไม่มีปรากฏ การบำบัดด้วยสมุนไพรจึงยังไม่เป็นที่ยอมรับแพร่หลายทางการแพทย์มากนัก การใช้ สมุนไพรบำบัดจึงสามารถเป็นได้แค่เพียงComplementary treatmentในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งสมุนไพรบำบัดไม่ได้ถูก นำมาใช้เป็นยารักษาแต่ถูกนำมาใช้เป็นตัวช่วยเสริมในการรักษาเท่านั้นนั่นเอง^(51, 53)

กลไกการทำงานของน้ำมันหอมระเหยในสมุนไพรบำบัด^(52,55,56)

กลไกการทำงานของน้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าไปสู่อวัยวะแล้วจะก่อให้เกิดความสมดุลของจิตใจ และ ร่างกาย เมื่อคนเรามีสุขภาพจิตที่ดีก็จะมีสุขภาพกายที่ดีตามไปด้วย และเนื่องจากน้ำมันหอมระเหยนั้นมีคุณสมบัติ เด่นอย่างการทำให้จิตใจได้รับการผ่อนคลาย หายตึงเครียด และรู้สึกมีความสุขมากขึ้นเมื่อนำมาสูดดม หรือนวด

การสูดดมนั้น น้ำมันหอมระเหยที่สูดดมเข้าไปจะซึมผ่านเยื่อหุ้มของจมูกหรือทางปอด และเข้าสู่กระแส เลือด โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะเข้าไปจับที่ตัวรับกลิ่นของจมูกหรือ receptor ที่เยื่อหุ้มจมูกและแปรสัญญาณ การรับกลิ่นเป็นสื่อระบบประสาทผ่านทาง olfactory nerve และเข้าไปทำปฏิกิริยากับ limbic system ในสมอง ทำให้ สมองปล่อยสารอะทิงิ endorphin, encephaline และserotonin ออกมา โดย endorphin จะช่วยลดความเจ็บปวดที่ อาจเกิดขึ้นจากบาดแผล หรืออาการปวดกล้ามเนื้อ encephalineจะช่วยทำให้รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น และ serotonin จะทำ ให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย

การรับรู้กลิ่นจะมีผลสำคัญต่อสมองส่วน hypothalamus ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมสารเคมีและฮอร์โมน ต่างๆ และยังเป็นสมองส่วนสำคัญที่เชื่อมต่อกับสมองส่วนอื่น เช่น frontal lobes ที่ควบคุมเรื่องความคิด สมาธิ ความ ตั้งใจ และความทรงจำ และHypothalamusนี้ยังทำงานกับ reticular system ที่ช่วยผสมผสานการทำงานร่วมกันของ ทั้งทางร่างกายและจิตใจอีกด้วย

สมุนไพรบำบัดกับโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่สามารถพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำที่แยลง ไม่สามารถ ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข จนสุดท้ายแล้วผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำไปทั้งหมด โดยปัจจุบันมีการนำน้ำมัน หอมระเหยบางชนิดที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมาประยุกต์ใช้และบำบัดในหมู่ผู้สูงอายุพร้อมกับใช้ร่วมไปกับการแพทย์ แผนปัจจุบัน โดยน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในโรคสมองเสื่อมมีอยู่ในกลุ่มดังนี้⁽⁵⁷⁾

1. น้ำมันหอมระเหยที่ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าและบำรุงประสาท
 1. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์
 2. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นดอกส้ม
 3. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นเลมอน
 4. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นคาลิไมล์มาลีย (Chamomile (Roman))
 5. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นแซนเดิลวู้ด (Sandlewood)
 6. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูด
 7. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกุหลาบ เป็นต้น
2. น้ำมันหอมระเหยที่ช่วยการกระตุ้นประสาทและความทรงจำ
 1. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นเลมอน
 2. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นโรสแมรี่
 3. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นเปปเปอร์มินท์ เป็นต้น
3. น้ำมันหอมระเหยที่ช่วยลดภาวะกระสับกระส่าย
 1. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์
 2. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นคาลิไมล์มาลีย (Chamomile (Roman))
 3. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นแซนเดิลวู้ด (Sandlewood)

ในการนำ aromatherapy เข้ามาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อม กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยจะสามารถช่วยให้พวกเขาเหล่านั้นรู้สึกสบายใจ สงบ และเกิดพึงพอใจกับกลิ่นหอม และด้วยความพึงพอใจสามารถส่งผลต่อการรัก ชาติด้วย นอกจากนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาต่อ ยังส่งผลดีต่อลักษณะอาการในบางด้านด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง Experimental study ที่ใช้วิธีการจับฉลากหรือ simple random sampling technique เพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มการศึกษาและมีกลุ่มควบคุม (Control group) ซึ่งสามารถกำหนดระเบียบวิธีวิจัยและรายละเอียดของประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population): ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample): ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ตึก ภาปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample): ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภาปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer disease (AD), vascular dementia หรือ AD with CVD โดยแพทย์ประจำคลินิกโรคสมองเสื่อมตั้งที่บ้านที่กในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
2. มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จากการประเมินของแพทย์ผู้รักษาและค่าคะแนนพฤติกรรมกระสับกระส่ายโดย CMAI แบบ Short form มากกว่า 24 คะแนน และทดสอบ TMSE ได้คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน
3. มีผู้ดูแล หรือ ผู้แทนโดยพฤตินัย
4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถอยู่ร่วมการวิจัยจนจบการวิจัย
5. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถฟังและเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เคยมีประวัติแพ้รุนแรงโดยการบำบัดด้วยกลืน

2. เป็นโรคทางเดินหายใจ โรคหอบหืด หรือไม่สามารถรับรู้กลิ่นได้
3. สถานที่หรือห้องพักไม่มีเครื่องปรับอากาศ

เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ได้รับการทำสวคนธบำบัดครบ 14 วัน
2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลร้องขอออกจากการศึกษา
3. ผู้ป่วยมีอาการแพ้หรืออาการข้างเคียงจากการทำสวคนธบำบัด
4. ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยหรือโรคแทรกจากภาวะสมองเสื่อมจนไม่สามารถทำสวคนธบำบัดได้
5. ผู้ป่วยไม่ได้รับการทำสวคนธบำบัดมากกว่า 30 % หรือ 4 วันระหว่างที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามจากผู้ดูแล
6. ผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำสวคนธบำบัดตามคำแนะนำของผู้วิจัย

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique) ไม่มีการสุ่มตัวอย่างโดยเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยทุกรายที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก หลังจากนั้น ใช้วิธีการจับฉลากเพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มการศึกษาใด โดยผู้ป่วยที่จับฉลากได้เลขคู่เป็นกลุ่มทดลองใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และผู้ป่วยที่จับฉลากได้เลขคี่เป็นควบคุมใช้โจิตบา ออย

1. กลุ่มทดลอง (Experiment group) ก่อนเข้าร่วมการทดลองผู้เข้าร่วมการทดลองจะได้ลองดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยจากฝักกอสเพื่อตรวจสอบว่าสามารถรับรู้กลิ่นหรือไม่ หลังจากนั้นผู้แทนโดยพฤตินัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคำแนะนำโดยผู้วิจัยให้ใส่น้ำลงในตะเกียงไฟฟ้าให้ถึงขีดที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นให้หยदन้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 3 หยดลงในตะเกียงโรม่าไฟฟ้า ทิ้งไว้ 15 นาทีเพื่อการกระจายกลิ่นที่ทั่วถึง ในห้องขนาดไม่เกิน 86 ตร.ม. และปรับแอร์ให้อยู่ในมีอุณหภูมิที่ 24-25 องศาเซลเซียส เมื่อกลิ่นกระจายทั่วแล้ว ให้พาคณไข้เข้ามาในห้องเพื่อดมกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลาสองอาทิตย์ ในช่วงเวลาดังแต่ 18.00 – 19.00 น. ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานจากทางผู้ดูแลและทางโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์วันเว้นวันถึงผู้ดูแลเพื่อย้ำให้ผู้ดูแลทำการทดลองแก่ผู้เข้าร่วมการทดลอง

2. กลุ่มควบคุม (Control Group) ก่อนเข้าร่วมการทดลองผู้เข้าร่วมการทดลองจะได้ลองดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยจากฝักกอสเพื่อตรวจสอบว่าสามารถรับรู้กลิ่นหรือไม่ ผู้แทนโดยพฤตินัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคำแนะนำโดยผู้วิจัยให้ใส่น้ำลงในตะเกียงไฟฟ้าให้ถึงขีดที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นหยदन้ำมันโจิตบา ออย 3 หยดลงในตะเกียงโรม่าไฟฟ้า ทิ้งไว้ 15 นาทีในห้องขนาด 86 ตร.ม. และปรับแอร์ให้อยู่ในมีอุณหภูมิที่ 24-25 องศาเซลเซียส ให้พาคณไข้เข้ามาในห้องเพื่อ และดมกลิ่นหอมของโจิตบา ออย เป็นเวลาหนึ่งชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลาสอง

อาทิตย์ในช่วงเวลาตั้งแต่ 18.00 – 19.00 น. ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานจากทางผู้ดูแลและทางโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์วันเว้นวันถึงผู้ดูแลเพื่อย้ำให้ผู้ดูแลทำการทดลองแก่ผู้เข้าร่วมการทดลอง

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size): คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$N = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

N = ขนาดตัวอย่าง

$$\beta = 0.10$$

$$\alpha = 0.05$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type I Error ให้เท่ากับ 0.05 มีค่าเท่ากับ

1.96 (two tail)

Z_{β} = ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type II Error ให้เท่ากับ 0.10 มีค่าเท่ากับ

1.28

\bar{x}_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 63.17 ± 17.81

\bar{x}_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 58.77 ± 16.74

σ^2 = Pool Variance = S_p^2 อ้างอิงจากค่าการทดลองของ Pamela Wan-ki lin และคณะ (2007)⁽¹³⁾

เมื่อ $n_1 = n_2$

$$S_p^2 = \frac{SD}{\sqrt{n}} = \frac{17.81}{\sqrt{35}} = \frac{17.81}{5.91} = 3.01$$

$$N = \frac{2(1.28 + 1.96)^2 3.01^2}{4.4^2} = \frac{2(3.24)^2 9.06}{19.36}$$

$$= \frac{190.07}{19.36} = 9.81 \cong 10$$

ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงจำนวนตัวอย่างที่อาจจะทำการ Drop out ระหว่างการทดลองด้วย จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยกลุ่มละ 12 คน รวมสองกลุ่มเป็น 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement of effectiveness)

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 20 ข้อ ข้อคำถามมีจำนวน 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ และคำถามเกี่ยวกับผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ยังรวม

ไปถึงประวัติการใช้สารเสพติด และการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ส่วนที่ 2 ประกอบไปด้วยข้อมูลการเจ็บป่วย อาทิ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเข้ารับการรักษา ส่วนที่ 3 ประกอบไปด้วย การได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาหลังจากได้รับการวินิจฉัย ยาและการรักษาที่ได้รับ เป็นต้น

2. แบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE)⁽⁵⁸⁾

สามารถตรวจวัด cognitive function ในด้านต่างๆ คือ orientation (6 คะแนน), Registration (3 คะแนน), Attention (5 คะแนน), Calculation (3 คะแนน), language (10 คะแนน) และ recall (3 คะแนน) ประเมินโดยผู้วิจัย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน และมี Cut-Point ในการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ที่น้อยกว่า 24 คะแนน (แบ่งความรุนแรงเป็น mild: 18-23 คะแนน, moderate: 10-17 คะแนน และ severity 0-9 คะแนน)

ในการทดสอบ TMSE หากมีการใช้คะแนน cut point ที่น้อยกว่า 24 คะแนน จะมีค่า sensitivity และ specificity ต่อภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 100% และ 93% ตามลำดับ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะไม่เลือกประชากรที่มีค่า MMSE มากกว่า 24 คะแนนเข้ามศึกษา

3. แบบทดสอบ CMAI⁽⁵⁹⁾

แบบทดสอบ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ฉบับภาษาไทยโดยผู้ทำวิจัยเป็นผู้แปลเอง โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 29 ข้อแสดงถึงสภาวะกระสับกระส่าย ได้รับการพัฒนาแบบทดสอบโดย Cohen-Mansfield and Billig โดยใช้เวลาประเมินประมาณ 10-15 นาที และสามารถประเมินได้โดยผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์โดยใช้หลัก least square ส่งผลให้เห็นค่า validity อยู่ที่ 0.40 ถึง 0.65 และค่า reliability จาก Inter-rater อยู่ที่ .88 ถึง .92 โดยแบ่งกลุ่มการประเมินสภาวะกระสับกระส่ายออกเป็น 3 กลุ่มหลักคือ กลุ่ม aggressive behavior กลุ่ม physically nonaggressive behavior และกลุ่ม verbally agitated behavior โดยเกณฑ์การประเมินนั้นจะมีการให้คะแนนความถี่ของการกระทำตั้งแต่ 1-7 (1=ไม่เคย, 2=น้อยกว่าหนึ่งครั้งต่ออาทิตย์, 3=หนึ่งถึงสองครั้งต่ออาทิตย์, 4= มากกว่าสองครั้งต่ออาทิตย์, 5=หนึ่งถึงสองครั้งต่อวัน, 6=มากกว่าสองครั้งต่อวัน, 7=มากกว่าสองครั้งต่อชั่วโมง) โดยมีคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 203 และคะแนนความถี่ของการกระทำตั้งแต่ 1-7 (1=ไม่เคย, 2=น้อยกว่าหนึ่งครั้งต่ออาทิตย์, 3=หนึ่งถึงสองครั้งต่ออาทิตย์, 4= มากกว่าสองครั้งต่ออาทิตย์, 5=หนึ่งถึงสองครั้งต่อวัน, 6=มากกว่าสองครั้งต่อวัน, 7=มากกว่าสองครั้งต่อชั่วโมง) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะไม่เลือกประชากรที่มีค่าคะแนนความถี่ของภาวะกระสับกระส่ายของ CMAI น้อยกว่า 24 คะแนนเข้ามศึกษา

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยการศึกษาค้นคว้าจากวารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์
3. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และหัวหน้าภาควิชาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่
5. ผู้วิจัยเริ่มทำการคัดกรองผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก
6. ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่อาจได้รับกับผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยสนใจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยและผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในแบบขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการจับสลากจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับกระบวนการการทดลองที่แตกต่างกัน
8. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนสำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
9. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินของแบบประเมิน CMAI แก่ผู้ป่วยอย่างละเอียด และทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงอาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วยตามแบบสอบถาม และประเมินสภาวะกระสับกระส่ายของผู้ป่วยในวันแรกก่อนทำการทดลอง
10. ผู้วิจัยทำการทดลองโดยขอให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเดินสวนคนรอบข้างนอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ และให้คำอธิบายขั้นตอนการทำสวนคนรอบข้างอย่างละเอียดพร้อมทั้งให้เอกสารประกอบแสดงถึงวิธีทำอย่างละเอียด ทำให้แก่ผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทำให้ผู้ป่วย
 - โดยกลุ่มทดลองจะได้รับคำสั่งให้หยดน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 3 หยดลงไปในตะเกียงอโรมาไฟฟ้าที่มีน้ำหล่ออยู่ในตะเกียง หลังจากนั้น นำผู้ป่วยเข้ามาดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมง ทั้งหมด 2 สัปดาห์
 - กลุ่มควบคุมจะได้รับคำสั่งให้หยดจิตใจโจบาร์ ออย 3 หยดลงไปในตะเกียงอโรมาไฟฟ้าที่มีน้ำหล่ออยู่ในตะเกียง หลังจากนั้น นำผู้ป่วยเข้ามาดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยเป็นเวลาหนึ่งชั่วโมง ทั้งหมด 2 สัปดาห์

- ในวันแรกของการทดลอง ผู้วิจัยจะทำการประเมินภาวะความกระสับกระส่ายด้วยแบบทดสอบ CMAI กับผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นคะแนน Baseline ก่อนการทดลอง

11. ในวันสุดท้ายของการทดลองผู้วิจัยจะทำการอ่านคำถามจากแบบสอบถาม CMAI และให้ผู้ดูแลประเมินความถี่ของอาการกระสับกระส่ายในตัวผู้ป่วย

12. ผู้วิจัยนำผลข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS Version 17 (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Non –Parametric Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดด้วยสวนคนบำบัดต่ออาการกระสับกระส่ายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

3. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Non –Parametric Mann Whitney test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงของคะแนนค่าความกระสับกระส่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาผลของการทำสวนคนบำบัดต่อพฤติกรรมระดับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลของการวิจัยที่ได้โดยมีลำดับการนำเสนอผลของการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มออกจากการวิจัยก่อนกำหนด

- 1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มออกจากการวิจัยก่อนกำหนด
- 1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มออกจากการวิจัยก่อนกำหนด
- 1.3 ข้อมูลการเจ็บป่วยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มออกจากการวิจัยก่อนกำหนด

ตอนที่ 2: ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของระดับสภาวะกระส่าย

- 1.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม
- 1.2 ค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline)
- 1.3 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ non – Parametric Wilcoxon Signed Ranks test
- 1.4 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference) ก่อนและหลังการทดลองโดย non-Parametric Mann-Whitney test

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง ($n=12$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งคิดเป็นร้อยละ 91.7% อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 80.83ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 5.31 ปี อายุต่ำสุดคือ 72 ปี และอายุสูงสุดคือ 90ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าคือร้อยละ 58.3 และร้อยละ25มีการศึกษามากกว่าระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านที่ร้อยละ41.7 ขณะที่ร้อยละ 16.7 และร้อยละ 8.3 ประกอบอาชีพก่อนป่วย อาทิ รับจ้างอิสระ พนักงานรัฐวิสาหกิจและรับราชการตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพโสด เป็นม่าย หรือหย่าร้าง อยู่ที่ร้อยละ 66.7 ที่เหลือร้อยละ33.3 ยังคงอยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.7มีบุตรธิดาเป็นผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 58.3 และร้อยละ 41.7 อาศัยอยู่บ้านผู้ป่วยและบ้านของบุตรหรือธิดา

กลุ่มควบคุม ($n=12$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยคิดเป็นร้อยละ 83.3% มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มอยู่ที่ 80.75 ปี มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 6.84 ปี อายุต่ำสุด 70 ปีและสูงที่สุดที่ 92 ปี ร้อยละ 75มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และร้อยละ16.7มีการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมต้น – มัธยมปลาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7% เป็นแม่บ้าน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด เป็นม่ายหรือหย่าร้างอยู่ที่ร้อยละ 83.3 มีเพียงร้อยละ 16.7เท่านั้นที่ยังคงอยู่ในสถานภาพสมรส ในกลุ่มตัวอย่างนี้ร้อยละ 83.3 มีบุตรหรือธิดาเป็นผู้ดูแล ไม่มีกลุ่มตัวอย่างใดที่มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 91.7 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 58.3และร้อยละ41.7 อาศัยอยู่บ้านผู้ป่วยและบ้านของบุตรหรือธิดา

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูล และเปรียบเทียบทางสถิติแล้วพบว่าข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ $p<0.05$

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ปัจจัยในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
เพศ			0.537
ชาย	1(8.3%)	2(16.7%)	
หญิง	11(91.7%)	10(83.3%)	
อายุ (Mean±SD)	80.83±5.31	80.75±6.84	0.407
Min,Max	72,90	70,92	
การศึกษา			0.602
อุดมศึกษาขึ้นไป	3(25.0%)	1(8.3%)	
มัธยมต้น – มัธยมปลาย	2(16.7%)	2(16.7%)	
ประถม – ไม่ได้รับ การศึกษา	7(58.3%)	9(75.0%)	
สถานภาพสมรส			0.405
คู่	4(33.3%)	2(16.7%)	
โสด/ม่าย/ร้าง	8(66.7%)	10(83.3%)	
อาชีพ			0.132
ข้าราชการ-เจ้าหน้าที่ รัฐวิสาหกิจ	4(33.3%)	1(8.3%)	
แม่บ้าน และ อื่นๆ	8(66.7%)	11(91.7%)	
ผู้ดูแล			0.368
บุตร/ธิดา	11(91.7%)	10(83.3%)	
สามี/ภรรยา	1(8.3%)	0(0%)	
อื่นๆ	0(0%)	2(16.7%)	
ศาสนา			0.307
พุทธ	12 (100%)	11(91.7%)	
อื่นๆ	0(0%)	1(8.3%)	
ที่อยู่อาศัย			1.000
บ้านของผู้ป่วย	7(58.3%)	7(58.3%)	
บ้านของบุตรธิดา	5(41.7%)	5(41.7%)	

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
การใช้สารเสพติด			0.682
ปฏิเสธการใช้	7 (58.3%)	6 (50.0%)	
ใช้	5 (41.7%)	6 (50.0%)	
ประเภท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
กาแฟ/ชา	4(33.3%)	6(50.0%)	
แอลกอฮอล์	1(8.3%)	0	
บุหรี่	1(8.3%)	0	
กิจกรรมคลายเครียด			0.615
ไม่ทำกิจกรรมคลายเครียด	3(25.0%)	2 (16.7%)	
ทำกิจกรรมคลายเครียด	9(75.0%)	10 (83.3%)	
ประเภทของกิจกรรม			
ชมภาพยนตร์/ละคร	6 (50.0%)	9(75.0%)	
ฟังเพลง	5 (41.7%)	2 (16.7%)	
อ่านหนังสือ	4 (33.3%)	3(25.0%)	
โรคประจำตัว			0.273
ไม่มีโรคประจำตัว	3(25.0%)	1(8.3%)	
มีโรคประจำตัว	9(75.0%)	11(91.7%)	
ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ			0.346
ไม่มี	8(66.7%)	10(83.3%)	
มี	4(33.3%)	2(16.7%)	
ประวัติบุคคลในครอบครัวมี อาการโรคสมองเสื่อม			0.273
ไม่มี	9(75.0%)	11(91.7%)	
มี	3(25.0%)	1(8.3%)	

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนร้อยละ 58.3 และร้อยละ 50 ปฏิเสธการใช้สารเสพติดตามลำดับ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 75 มีกิจกรรมคลายเครียด และร้อยละ 83.3 ในกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมคลายเครียดเช่นกัน กลุ่มทดลองร้อยละ 75 มีโรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันสูง โรคไขมันในเลือด เบาหวาน และโรคหัวใจ

ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมร้อยละ 91.7 มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันสูง โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคไขมันเลือดสูงตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 และร้อยละ 83.3 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะตามลำดับ ประวัติบุคคลในครอบครัวมีอาการของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 75 และ 91.7 ตามลำดับ ไม่มีประวัติว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หลังจากวิเคราะห์ข้อมูล และเปรียบเทียบทางสถิติแล้ว พบว่าข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ $p < 0.05$

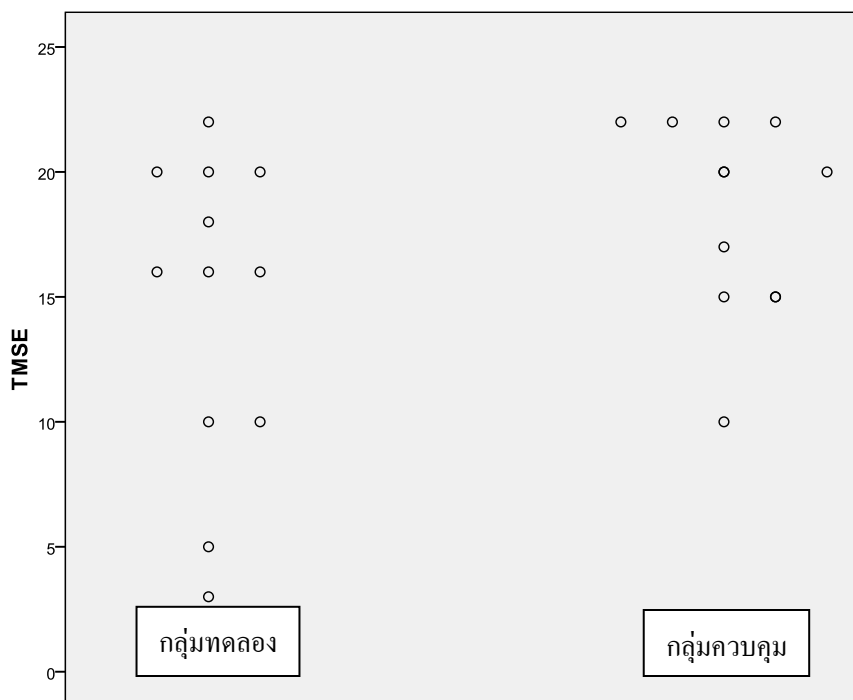
ตารางที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
โรคสมองเสื่อม			0.160
Alzheimer's disease	10(83.3%)	6(50.0%)	
Vascular Dementia	1(8.3%)	5(41.7%)	
Ad with CVD	1(8.3%)	1(8.3%)	
ระยะเวลาของโรค			0.136
Mean±SD	4.33±2.498	3.92±1.782	
Min,max	1,8	2,8	
TMSE			0.145
Mean±SD	14.67±6.243	18.33±3.892	
Min,max	3,22	10,22	
ยาที่ได้รับ			.307
CHOLINESTERASE INHIBITORS			
ไม่ใช้	0(0%)	1(8.3%)	
ใช้	12(100%)	11(91.7%)	
COGNITIVE ENHANCER			1.000
memantine	8(66.7%)	8(66.7%)	
nicergoline	1(8.3%)	1(8.3%)	
ยาด้านเศร้า			.673
ไม่ใช้	8(66.7%)	7(58.3%)	
ใช้	4(33.3%)	5(41.7%)	
ยากันชัก			1.000
ไม่ใช้	11(91.7%)	11(91.7%)	
ใช้	1(8.3%)	1(8.3%)	

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
ยานอนหลับ			1.000
ไม่ใช้	10(83.3%)	10(83.3%)	
ใช้	2(16.7%)	2(16.7%)	
วิตามิน			.682
ไม่ใช้	6(50.0%)	7(58.3%)	
ใช้	6(50.0%)	5(41.7%)	
การรักษาอื่นๆ			1.000
ไม่มี	8(66.7%)	8(66.7%)	
มี	4(33.3%)	4(33.3%)	

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเจ็บป่วยปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลองเป็นโรคอัลไซเมอร์ และร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุมเป็นโรคอัลไซเมอร์ กลุ่มทดลองทั้งกลุ่มได้รับยา cholinesterase inhibitors ได้แก่ donepezil (Aricept) galantamine (Reminyl XR), rivastigmine (Exelon) และกลุ่มควบคุมร้อยละ 91.7 ได้รับยา cholinesterase inhibitors เช่นกัน ร้อยละ 75 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยา cognitive enhancer ได้แก่ยา memantine (Ebixa), nicergoline (Sermion) ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองไม่ได้รับยาต้านเศร้า และร้อยละ 58.3 ในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาต้านเศร้า ร้อยละ 91.7 ของประชากรทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยากันชัก ร้อยละ 83.3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยานอนหลับเช่นกัน นอกจากนี้ร้อยละ 50 และร้อยละ 58.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับได้รับวิตามินทั้งสองกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นเป็นร้อยละ 66.7

ค่า baseline TMSE score ของทั้ง 2 กลุ่มมีการกระจายที่ต่างกัน ในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ระดับ TMSE ต่ำสุดแค่ 3 คะแนน ขณะที่ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน เมื่อนำค่าคะแนน TMSE และ baseline CMAI ไปวิเคราะห์เป็นตารางจุดพบว่า มีคนไข้บางรายที่มีค่าคะแนน TMSE โดดแตกต่างจากคนอื่นๆ เป็น outlier ดังกราฟที่ 1



หลังจากวิเคราะห์ข้อมูล และเปรียบเทียบทางสถิติแล้วพบว่าข้อมูลการเจ็บป่วยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง
 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ $p < 0.05$

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้อกจากการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากกรวิจัยก่อนกำหนด(Drop out) งานวิจัยครั้งนี้จึงใช้การ
 วิเคราะห์แบบ Intention to treat analysis (ITT) โดยเทียบคะแนนจาก Last observation carry forward (LOFT)
 โดยในกลุ่มทดลองมีผู้อกจากการวิจัยจำนวน 1 คน ในกลุ่มควบคุมออกจากกรวิจัยจำนวน 3 คน เป็นตารางแจกแจง
 ข้อมูลพื้นฐานดังนี้

ตารางที่ 4 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ปัจจัยใน
 ด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ของกลุ่มตัวอย่างที่ขอออกจากกรวิจัยตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ทดลอง (n=1)	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ควบคุม (n=3)	P value
เพศ			0.537
ชาย	1(100%)	0(0%)	
หญิง	0(0%)	3(100%)	
อายุ (Mean±SD)	78.00±78.00	83.33±7.57	0.407

ตัวแปร	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ทดลอง (n=1)	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ควบคุม (n=3)	P value
Min,Max	77,77	78,92	
การศึกษา			0.602
ประถม – ไม่ได้รับการศึกษา	1(100%)	3(100%)	
สถานภาพสมรส			0.405
คู่	1(100%)	0(0%)	
โสด/ม้ายร้าง	0(0%)	3(100%)	
อาชีพ			0.132
รับจ้าง	1(100%)	0(0%)	
แม่บ้าน และ อื่นๆ	0(0%)	11(100%)	
ผู้ดูแล			0.368
บุตร/ธิดา	1(100%)	2(66.7%)	
พยาบาลพิเศษ	0(0%)	1(33.3%)	
ศาสนา			0.307
พุทธ	1(100%)	1(100%)	
อื่นๆ	0(0%)	0(0%)	
ที่อยู่อาศัย			1.000
บ้านของบุตรธิดา	1(100%)	3(100.0%)	

ตารางที่ 5 ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างที่ขอออกจากการวิจัยตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ทดลอง(n=1)	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ควบคุม (n=3)	P value
การใช้สารเสพติด			0.682
ปฏิเสธการใช้	0 (0%)	1(33.3%)	
ใช้	1 (100%)	2 (66.7%)	
ประเภท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
กาแฟ	1(100%)	2(66.7%)	
อื่นๆ	0(0%)	1(33.3%)	

ตัวแปร	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ทดลอง(n=1)	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ควบคุม (n=3)	P value
กิจกรรมคลายเครียด			0.615
ไม่ทำกิจกรรมคลายเครียด	1(100%)	1 (33.3%)	
ทำกิจกรรมคลายเครียด	0(0%)	2 (66.7%)	
โรคประจำตัว			0.273
ไม่มีโรคประจำตัว	1(100%)	1(33.3%)	
มีโรคประจำตัว	0(0%)	2(66.7%)	
ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ			0.346
ไม่มี	1(100%)	3(100%)	
มี	0(0%)	0(0%)	
ประวัติบุคคลในครอบครัวมี อาการโรคสมองเสื่อม			0.273
ไม่มี	1(100%)	3(100%)	
มี	0(0%)	0(0%)	

ตารางที่ 6 ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน ของกลุ่มตัวอย่างที่ขอลอกจากการวิจัยตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ทดลอง(n=1)	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ควบคุม (n=3)	P value
โรคสมองเสื่อม			0.160
Alzheimer's disease	1(100%)	2(66.7%)	
Vascular Dementia	0(0%)	1(33.3%)	
Ad with CVD	0(0%)	0(0%)	
ระยะเวลาของโรค			0.136
Mean±SD	7	2.67±0.57	
Min,max	7	2,3	
TMSE			0.145
Mean±SD	20	21.33±1.155	
Min,max	20,20	20,22	
Baseline CMAI			
Mean±SD	77	61.33±5.68	
Min,max	77,77	55,66	

ตัวแปร	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ทดลอง(n=1)	กลุ่มdrop out จากกลุ่ม ควบคุม (n=3)	P value
ยาที่ได้รับ			
CHOLINESTERASE INHIBITORS			.307
ไม่ใช้	0(0%)	1(33.3%)	
ใช้	1(100%)	2(66.7%)	
COGNITIVE ENHANCER			1.000
memantine	1(100%)	3(100%)	
ยาด้านเศร้า			.673
ไม่ใช้	1(100%)	2(66.7%)	
ใช้	0(0%)	1(33.3%)	
ยากันชัก			1.000
ไม่ใช้	1(100%)	3(100%)	
ใช้	0(0%)	0(0%)	
ยานอนหลับ			1.000
ไม่ใช้	1(100%)	3(100%)	
ใช้	0(0%)	0(0%)	
วิตามิน			.682
ไม่ใช้	0(0.0%)	3(100%)	
ใช้	1(100%)	0(0%)	
การรักษาอื่นๆ			1.000
ไม่มี	1(100%)	1(33.3%)	
มี	0(0%)	2(66.7%)	

สาเหตุในการออกจากการวิจัยก่อนครบกำหนดการทดลองในกลุ่มทดลองนั้นเนื่องจากไม่สามารถติดตามผลในช่วงหลังการทดลองได้ สำหรับในกลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 2 คนที่ขอยกจากการวิจัยก่อนเนื่องจากผู้ดูแลไม่เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมการวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยอีกหนึ่งคนไม่สามารถติดตามผลหลังจากการทดลองได้

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะกระสับกระส่าย

2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปในช่วง Baseline พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

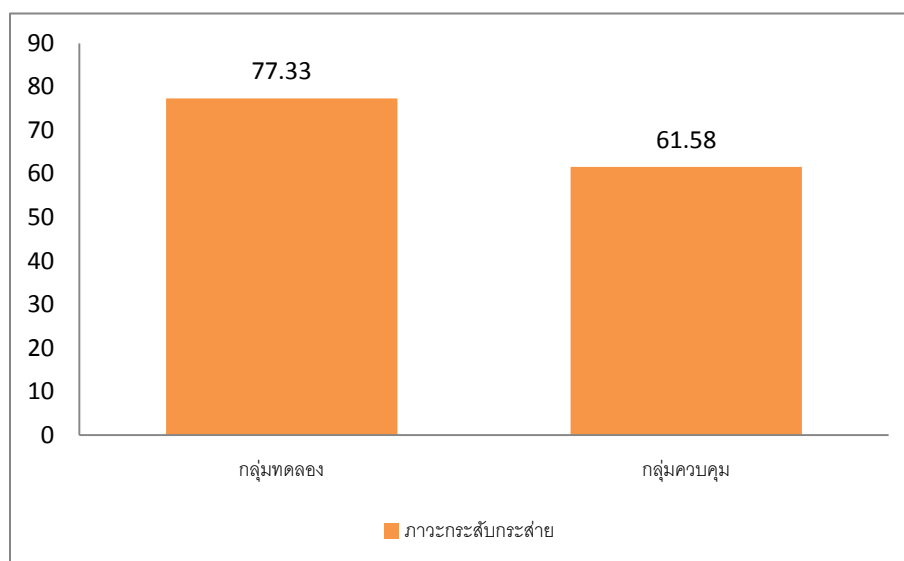
2.2 ค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) ของ COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI) ภาวะกระสับกระส่าย

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) ของ COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY วัดสภาวะกระสับกระส่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้สถิติ non-Parametric Mann-Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=12)	กลุ่มควบคุม(n=12)	P value
Agitation (mean±SD)	77.33±13.65	63.08±10.42	0.010
Agitation (Min,Max)	52,96	47,82	

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คะแนน CMAI เพื่อวัดภาวะกระสับกระส่ายในช่วง Baseline พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสามารถดูได้จากภาพเปรียบเทียบได้ในกราฟที่ 1

กราฟที่ 2 ภาพแสดง Baseline ของทั้งสองกลุ่ม



ตารางที่ 8 ตารางแจกแจงรายข้อค่าของแบบทดสอบCMAIที่ baseline

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=12) (mean±SD)	กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)	P value
1. ทบตี ผู้ดูแลหรือตนเอง	1.83±1.267	1.08 ± 0.289	0.238
2. เตะ	1.08 ±0.289	1.17±0.389	0.537
3. พยายามคว้า กระชาก หรือจับผู้คน	2.00±1.537	1.83±0.835	0.372
4. ผลัก	1.83±1.193	1.42±0.996	0.413
5. ขว้างของ	1.58±1.240	1.58±0.996	0.664
6. กัด	1.08±0.289	1.08±0.289	1.000
7. ช่วน	1.42±0.793	1.08±0.289	0.333
8. ถ่มน้ำลาย	2.67±2.348	1.33±0.651	0.463
9. ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น	1.83±1.193	1.33±0.651	0.522
10. ฉีกหรือทำลายสิ่งของ	2.00±1.651	1.58±0.793	0.194
11. พยายามล้วงละเมิด ทางเพศโดยทางกายภาพ	1.00±.000	1.00±.000	หาไม่ได้
12. เดินอย่างไม่มีจุดหมาย	4.50±2.505	3.17±1.899	0.139
13. แต่งกายไม่เหมาะสม หรือไม่ใส่เครื่องแต่งกาย	2.08±1.621	1.83±1.115	0.878
14. พยายามออกไปข้าง นอกที่พัก	3.33±2.348	2.33±1.670	0.461
15. ตั้งใจล้ม	1.17±0.577	1.42±1.443	0.368
16. ดื่มและรับประทานสาร ที่ไม่เหมาะสม	1.25±0.622	1.08±0.289	0.592
17. ถือสิ่งของที่ไม่ เหมาะสม	2.58±2.109	2.83±1.850	0.482
18. ซ่อนสิ่งของ	3.92±1.621	3.67±1.875	0.893
19. เก็บสะสมสิ่งของ	3.67±1.969	3.42±1.782	0.916
20. แสดงพฤติกรรมซ้ำไป ซ้ำมา	5.75±1.357	4.33±2.146	0.085
21. มีความกระสับกระส่าย โดยทั่วไป	4.67±1.723	3.92±1.782	0.377

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=12) (mean±SD)	กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)	P value
22. กิริยาร้อง	1.25±0.452	1.33±1.155	0.122
23. มีวาจากล่าวลวง ละเมิดทางเพศ	1.08±0.289	1.00±.000	0.307
24. ก่นคำ หรือพูดด้วย ถ้อยคำที่ก้าวร้าว	2.67±1.557	2.75±1.288	0.813
25. พุดประโยคหรือคำถาม ซ้ำหลายรอบ	6.00±1.044	4.08±1.975	0.048
26. ทำเสียงแปลกๆเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้	2.17±2.082	1.58±1.505	0.237
27. บ่น	4.83±1.850	4.00±1.809	0.516
28. ซอบปฏิเสธ หรือ คัดค้าน	4.25±1.765	3.58±1.505	0.406
29. เรียกร้องความสนใจ ,ขอความช่วยเหลืออย่าง ต่อเนื่อง	3.83±2.691	2.25±1.172	0.204

จากตารางที่ 5 เป็นผลวิเคราะห์แจกแจงรายข้อค่าของแบบทดสอบ COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI) เพื่อแจกแจงคะแนนในช่วงBaseline ของแบบทดสอบในแต่ละข้อพบว่า มีเพียงข้อที่ 25 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ในข้อที่เหลือไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.3 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของ COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI)

สภาวะกระสับกระส่าย ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ non – Parametric Wilcoxon Signed Ranks test

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จากคะแนน Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test วิเคราะห์แบบ Intention to treat analysis (ITT) โดยเทียบคะแนนจาก Last observation carry forward (LOFT) ผลการวิเคราะห์ของสภาวะกระสับกระส่าย ก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=12)		กลุ่มควบคุม(n=12)		P value
	(mean±SD)		(mean±SD)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
Agitation	77.33±13.65	61.58±12.15	63.08±10.42	63.42±12.58	0.014*

P<0.05

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์คะแนน CMAI เพื่อวัดภาวะกระสับกระส่ายก่อนทดลองและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์แบบ Intention to treat analysis (ITT) โดยเทียบคะแนนจาก Last observation carry forward (LOFT) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ โดยกลุ่มทดลองมีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด คิดเป็นร้อยละ 20 แต่ในทางกลับกันกลุ่มควบคุมกลับมีภาวะกระสับกระส่ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยสามารถดูได้จากภาพเปรียบเทียบได้ในกราฟที่ 3

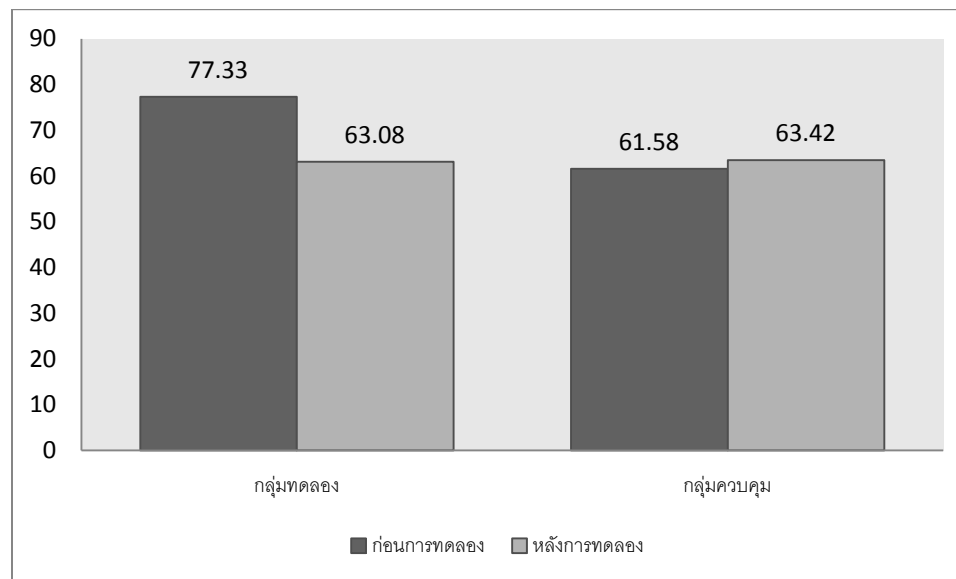
ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จากคะแนน Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test ผลการวิเคราะห์แบบ complete case analysis

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=11)		กลุ่มควบคุม(n=9)		P value
	(mean±SD)		(mean±SD)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
Agitation	77.33±13.64	60.18±11.67	63.08±10.42	64.11±14.32	0.014*

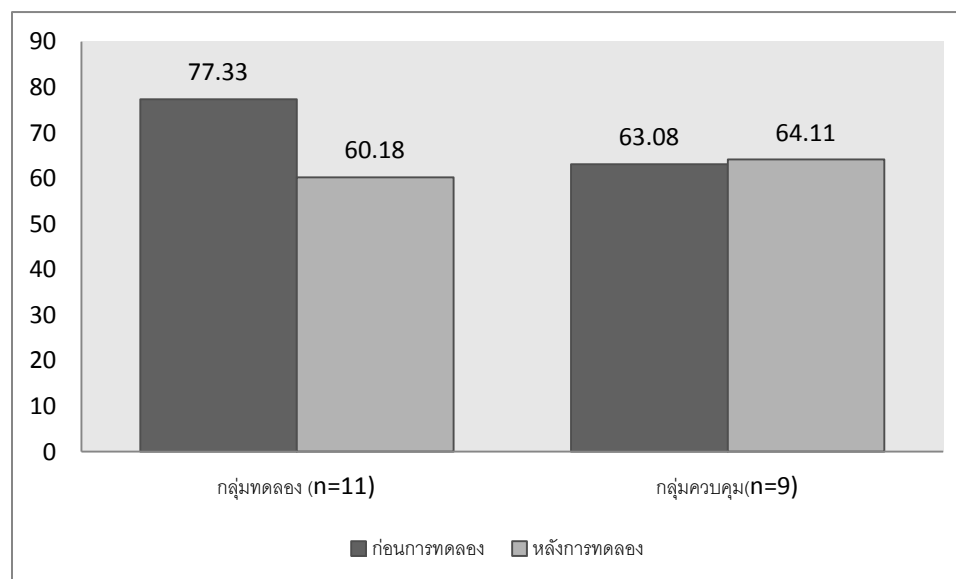
P<0.05

จากตารางที่ 10 การวิเคราะห์คะแนน CMAI เพื่อวัดภาวะกระสับกระส่ายก่อนทดลองและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์แบบ Complete case analysis พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ โดยกลุ่มทดลองมีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดคิดเป็นร้อยละ 22 แต่ในทางกลับกันกลุ่มควบคุมกลับมีภาวะกระสับกระส่ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยสามารถดูได้จากภาพเปรียบเทียบได้ในกราฟที่ 4

กราฟที่ 3 แสดงความแตกต่างของภาวะกระสับกระส่ายก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์แบบ Intention to treat analysis (ITT) โดยเทียบคะแนนจาก Last observation carry forward (LOFT)



กราฟที่ 4 แสดงความแตกต่างของภาวะกระสับกระส่ายก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์แบบ complete case analysis

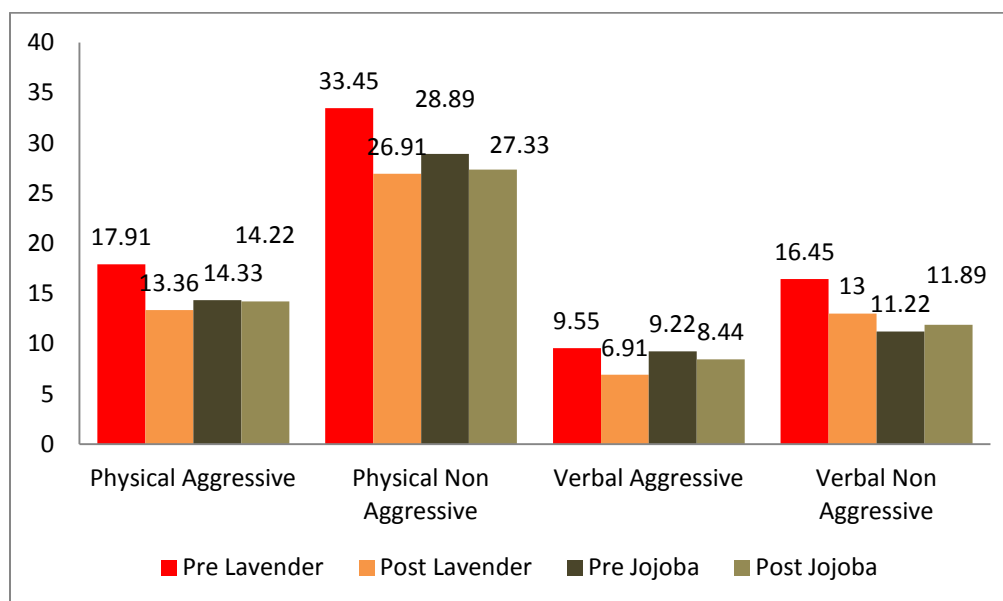


ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จากคะแนน Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการแบ่งข้อคำถามCMAIออกเป็นกลุ่มใหญ่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test วิเคราะห์แบบ ITT โดยเทียบคะแนนจาก LOFT ผลการวิเคราะห์ของสภาวะกระสับกระส่ายก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=12) (mean±SD)		กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)		P value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
Physical Aggressive	17.91±6.09	13.36±4.48	14.33±3.71	14.22±4.15	0.034
Physical Non Aggressive	33.45±8.02	26.91±7.45	28.89±8.04	27.33±7.28	0.008
Verbal Aggressive	9.55±2.88	6.91±2.84	9.22±2.44	8.44±2.51	0.004
Verbal Non Aggressive	16.45±4.11	13.00±2.97	11.22±2.11	11.89±4.25	0.088

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์คะแนน CMAI เพื่อวัดภาวะกระสับกระส่ายก่อนทดลองและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการแบ่งข้อคำถามCMAIออกเป็นกลุ่มใหญ่แบบ ITTโดยเทียบคะแนนจาก LOFT พบว่ามีเพียง Verbal Non aggressiveที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยสามารถดูได้จากภาพเปรียบเทียบได้ในกราฟที่ 5

กราฟที่ 5 แสดงผลการทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการแบ่งข้อคำถาม CMAIออกเป็นกลุ่มใหญ่ โดยการวิเคราะห์แบบITT โดยเทียบคะแนนจาก LOFT



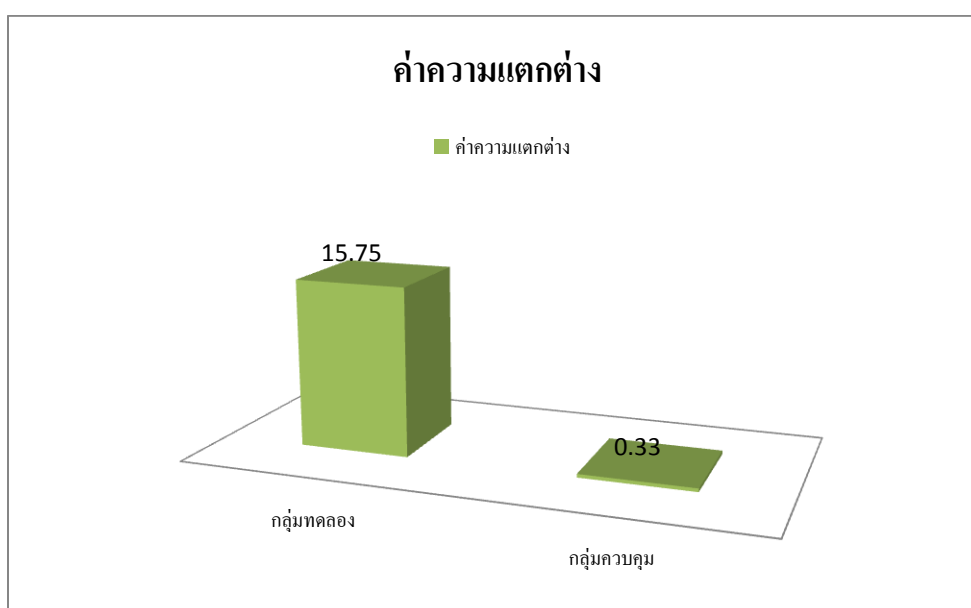
2.4 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference) ของค่าคะแนน CMAI ก่อนและหลังการทดลองโดย Non-Parametric Mann- Whitney test

ตารางที่ 12 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ของผลการทำสวคนธบำบัดก่อนและหลังของทั้งสองกลุ่มต่อค่าคะแนน CMAI เพื่อวัดความถี่ของสภาวะกระสับกระส่าย โดยใช้สถิติ Non-Parametric Mann- Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=12) (mean±SD)	กลุ่มควบคุม(n=12) (mean±SD)	P value
Agitation	15.75±13.89	0.33±4.86	0.004*

p<0.05

จากตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ของค่าคะแนน CMAI ในการวัดภาวะกระสับกระส่ายโดยใช้สถิติ Non-Parametric Mann- Whitney test พบว่าความแตกต่างของค่าคะแนน CMAI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ นั่นคือกลุ่มทดลองมีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ



จากกราฟที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความแตกต่าง (Mean Difference) ของค่าคะแนน CMAI ในการวัดภาวะกระสับกระส่ายโดยใช้สถิติ Non-Parametric Mann- Whitney test พบว่าความแตกต่างของค่าคะแนน CMAI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ นั่นคือกลุ่มทดลองมีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

2.5 ตารางวิเคราะห์ผลเพื่อการปรับข้อมูลผลของความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการทดลอง (Baseline) ของ COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY วัดสถานะกระสับกระส่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Ancova)

จากการตรวจสอบค่า Baseline ของค่าคะแนนCMAI พบว่าค่าคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จึงต้องทำANCOVA เพื่อปรับค่าคะแนนก่อนการทดลองไม่ให้เกิดความแตกต่าง

ตารางที่ 13 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อหาค่าความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

Factor	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Adjust Score mean
		mean	SD	mean	SD	
กลุ่มทดลอง	12	77.33	13.65	61.58	12.15	56.957
กลุ่มควบคุม	12	63.08	10.42	63.42	12.54	68.043

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าคะแนน Baseline ของก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงนำค่าคะแนนก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาควบคุมค่าและปรับค่าคะแนนเพื่อใช้ในการปรับค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลอง

ตารางที่ 14 จากการเปรียบเทียบค่า baseline ของก่อนการทดลองและทำการปรับค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์การแปรปรวนร่วม หรือ Ancova

แหล่งความแปรปรวน	Sum of square	df	Mean Square	F	Sig
Pre CMAI	1367.712	1	1367.712	14.476	.001
Smell	536.112	1	536.112	5.674	.027
Error	1984.121	21	94.482		
Total	97122.000	24			

จากตารางที่ 13 พบว่าถึงแม้จะนำค่าคะแนน Baselineของก่อนการทดลองมาควบคุมค่า Baseline ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม หรือ ANCOVAให้มีค่าคะแนนก่อนการทดลองที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากปรับค่าคะแนนก่อนการทดลองแล้วพบว่าค่าคะแนนของก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองนั้นยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F=5.674$, $sig=.027$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .05) แต่เนื่องมาจากการปรับค่าผลกระทบด้วยการวิเคราะห์แบบcovariate adjustment ทำให้ช่วยลดการเกิดความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (error variance) ของค่าคะแนน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของการทำสวดมนต์บำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งการศึกษารั้งนี้ทำการทดลองในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้สวดมนต์บำบัดที่มีต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษารั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มาเข้ารับการรักษารักษาโรคสมองเสื่อม ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 โดยคัดกรองผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า – เกณฑ์การคัดออก ผ่านการสุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experiment group) และกลุ่มควบคุม (Control group) กลุ่มทดลองที่ได้รับน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับโจโจบาร์ ออย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มาเข้ารับการรักษารักษา ณ คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งชายและหญิงจำนวน 24 คน โดยในการศึกษารั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะกระสับกระส่าย Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ฉบับแปลไทย ในกระประเมินทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ในการศึกษาผลของการใช้สวดมนต์บำบัดที่มีต่อสภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆทั้งด้านข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติด และประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เพื่อให้เห็นถึงลักษณะทางด้านชีวภาพ และด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังของการทดลองทั้งกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมโดยใช้ผลจากค่าคะแนนแบบทดสอบ CMAI และวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non- parametric Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney test

โดยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน โดยการทดลองได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง (n=12) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 80.83 ปี อายุต่ำสุดคือ 72 ปี และอายุสูงสุดคือ 90 ปี เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 41.7 ประกอบอาชีพแม่บ้าน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพโสด เป็นม่าย หรือหย่าร้าง อยู่ที่ร้อยละ 66.7 ที่เหลือร้อยละ 33.3 ยังคงอยู่ในสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรธิดาเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินค่าสภาวะกระสับกระส่าย CMAI ก่อนการทดลองเพื่อหาค่าคะแนนพื้นฐาน และได้รับน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ไปทำการบำบัดเป็นเวลา 2 อาทิตย์

กลุ่มควบคุม (n=12) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มอยู่ที่ 80.75 ปี อายุต่ำสุด 70 ปี และสูงที่สุดที่ 92 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีเชื้อชาติไทย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และร้อยละ 16.7 มีการศึกษาอยู่ที่ระดับมัธยมต้น – มัธยมปลาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด เป็นม่ายหรือหย่าร้างอยู่ที่ร้อยละ 83.3 มีเพียงร้อยละ 16.7 เท่านั้นที่ยังคงอยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ในกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินค่าสภาวะกระสับกระส่าย CMAI ก่อนการทดลองเพื่อหาค่าคะแนนพื้นฐาน และได้รับโจโจบาร์ ออยไปทำการบำบัดเป็นเวลา 2 อาทิตย์

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนร้อยละ 58.3 และร้อยละ 50 ปฏิเสธการใช้สารเสพติดตามลำดับ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 75 มีกิจกรรมคลายเครียด และร้อยละ 83.3 ในกลุ่มควบคุม มีกิจกรรมคลายเครียด กลุ่มทดลองร้อยละ 75 มีโรคประจำตัว ในขณะที่กลุ่มควบคุมร้อยละ 91.7 มีโรคประจำตัวเช่นกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 และร้อยละ 83.3 ไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะตามลำดับ ประวัติบุคคลในครอบครัวมีอาการของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 75 และ 91.7 ตามลำดับไม่มีประวัติว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

1.3 ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน

แสดงข้อมูลเจ็บป่วยปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลองเป็นโรคอัลไซเมอร์ และร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุมเป็นโรคอัลไซเมอร์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการป่วยคิดเป็นร้อยละ 4.33 และ 3.92 ปีตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของ TMSE อยู่ที่ร้อยละ 14.67 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 18.33 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองทั้งกลุ่มได้รับยา cholinesterase inhibitors และกลุ่มควบคุมร้อยละ 91.7 ได้รับยา cholinesterase inhibitors เช่นกัน ร้อยละ 75 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยา cognitive enhancer ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองไม่ได้รับยาต้านเศร้า และร้อยละ 58.3 ในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาต้านเศร้า ร้อยละ 91.7 ของประชากรทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยากันชัก ร้อยละ 83.3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยานอนหลับเช่นกัน นอกจากนี้ร้อยละ 50 และร้อยละ 58.3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับได้รับวิตามิน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นคิดเป็นร้อยละ 66.7

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเช่น ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและติดสารเสพติด เป็นต้น ค่าคะแนนของ CMAI เพื่อวัดสภาวะกระสับกระส่ายในช่วง Baseline พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันทางสถิติทั้งสองกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จะมีผลต่อการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยก่อนกำหนดจำนวน 4 คน เป็นกลุ่มทดลอง 1 คน และกลุ่มควบคุม 3 คน ด้วยเหตุผลส่วนตัว และไม่สามารถติดตามผลการทดลองได้ โดยในกลุ่มทดลองผู้ที่ออกจากการวิจัยเป็นเพศชาย ประกอบอาชีพรับจ้าง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ และในกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมดทั้ง 3 คน เป็นแม่บ้าน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์จำนวน 2 คน และ Vascular dementia 1 คน ผู้ออกจากการทดลองทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา หรือน้อยกว่า ทั้งหมดมีผู้ดูแลหลักในการดูแล และได้รับยา cholinesterase inhibitors และ cognitive enhancer มีเพียง 1 คนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาต้านเศร้า ไม่มีผู้ใดในกลุ่มผู้ที่ออกจากการวิจัยได้รับยานอนหลับ กันชัก และยาต้านโรคจิต ทั้งหมดไม่มีผู้ใดได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ ไม่มีประวัติยาเสพติด และประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม โดยค่าคะแนน TMSE ในกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 20 คะแนนและมีค่า baseline ของ CMAI อยู่ที่ 77 คะแนน ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนน TMSE อยู่ที่ร้อยละ 21.33 และมีค่า baseline ของ CMAI อยู่ที่ร้อยละ 61.33

2. สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการทดลองที่มีต่อภาวะกระสับกระส่ายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาถึงผลของการใช้สมุนไพรบำบัดต่ออาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผลของการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดได้จากค่าคะแนนของแบบวัด Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ

Non- parametric Wilcoxon Signed Ranks test พบว่า หลังการบำบัดด้วยสวดมนต์บำบัดกลืนลาเวนเดอร์พบว่า น้ำมันหอมระเหยกลืนลาเวนเดอร์และวัดผลของภาวะกระสับกระส่ายด้วยแบบทดสอบ CMAI อีกครั้งพบว่า สวดมนต์บำบัดสามารถลดภาวะกระสับกระส่ายและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยขอกจากการวิจัยก่อนกำหนด จึงทำการวิเคราะห์ผลการทดลองแบบ Intention to treat analysis โดยเทียบคะแนนจาก Last observation carry forward (LOFT) จากการวิเคราะห์ผลแบบ complete case analysis พบว่าวิเคราะห์แบบ ITT และผลการวิเคราะห์แบบ complete case analysis ไม่มีความแตกต่างกันแตกต่าง

ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean Difference) ของค่าคะแนน CMAI เพื่อวัดภาวะกระสับกระส่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการใช้สถิติ Non-parametric Mann-Whitney test ในการวิเคราะห์พบว่าผลของภาวะกระสับกระส่ายในกลุ่มทดลองนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เนื่องจาก baseline ต่างกันจึงต้องมีการปรับค่าความแปรปรวนร่วมของคะแนนก่อนการทดลองโดยการใช้ ANCOVA ผลที่ได้คือสามารถควบคุมตัวแปรร่วมหรือ covariate ซึ่งจากกระบวนการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมนี้จะมีผลให้ค่าคะแนน CMAI ก่อนการทดลองที่วัดได้นั้นได้รับการปรับ (Adjusted) และเกิดการแปรปรวนที่ปกติและทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม

3. สรุปผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการทดลองที่มีต่อภาวะกระสับกระส่ายตามสมมติฐานของการวิจัย

ตามสมมติฐานที่วิจัยตั้งไว้คือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการบำบัดด้วยสวดมนต์บำบัดในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกระสับกระส่ายที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งผลจากวิเคราะห์บ่งบอกว่าได้ผลตามสมมติฐานที่ว่าด้วยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลืนลาเวนเดอร์มีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคิดเป็นร้อยละ 20 จากผลวิเคราะห์การศึกษาวิจัยในครั้งนี้รายงานสรุปผลได้ว่าการทำสวดมนต์บำบัดสามารถลดภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการทำสวดมนต์บำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก ผลหลังการทดลองทำให้เห็นว่าการทำสวดมนต์บำบัดโดยใช้กลืนลาเวนเดอร์ซึ่งมีคุณสมบัติในการช่วยลดภาวะกระสับกระส่ายสามารถช่วยลดความถี่หรือพฤติกรรมที่มาจากภาวะกระสับกระส่ายลงได้ในกลุ่มทดลอง จากค่าคะแนนของแบบวัด Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ที่วัดภาวะกระสับกระส่ายที่วัดได้เมื่อนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติโดยใช้สถิติ

Non- parametric Wilcoxon Signed Ranks test ค่าคะแนนภาวะกระสับกระส่ายในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับสูกุคนบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้สูกุคนบำบัดหรือการใช้กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีผลในการลดภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากที่เคยกล่าวมาข้างต้น การรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะกระสับกระส่ายนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญ และต้องเตรียมพร้อมตลอดเวลาเพื่อความปลอดภัยของทั้งตัวผู้ป่วยและตัวผู้ดูแล เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และสถานะที่เสื่อมถอยลงเรื่อยๆของสมองจึงสามารถทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การใช้สูกุคนบำบัดในการบำบัดพร้อมทั้งใช้กลิ่นที่มีคุณสมบัติในการลดภาวะกระสับกระส่ายจึงสามารถเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการป้องกันและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับการบำบัดด้วยสูกุคนบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลง ซึ่งภาวะกระสับกระส่ายนั้นหมายถึงผู้ป่วยจะมีความถี่ในเรื่องของพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงทางด้านร่างกายอาทิเช่น การทุบตีตนเองหรือผู้อื่น ตะแคง ขว้างปาและฉีกสิ่งของ กระชาก กัด ข่วน ถ่มน้ำลาย และทำร้ายผู้ดูแลหรือตนเองลดลง นอกจากนี้ยังรวมไปถึงพฤติกรรมที่เดินไปเดินมาอย่างไร้จุดหมายภายในบ้าน การพยายามที่จะออกไปนอกที่อยู่อาศัยของตน การซ่อนสิ่งของหรือสะสมของที่ไม่มีประโยชน์ และการแสดงพฤติกรรมที่เข้าไปมาหรือหยุดนิ่งบ่อยครั้งลดลง ภาวะกระสับกระส่ายยังรวมไปถึงการใช้คำพูดและการสื่อสารที่ก้าวร้าว อาทิเช่น การด่าหรือใช้ถ้อยคำที่หยาบคาย การกรีดร้อง ใช้ถ้อยคำล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น และการใช้คำพูดที่ไม่ก้าวร้าวแต่บ่งบอกถึงพฤติกรรมกระสับกระส่ายเช่นการพูดหรือถามซ้ำไปมา การบ่น การเรียกร้องความสนใจและการคัดค้าน เป็นต้น โดยน้ำมันหอมระเหยนั้นคุณสมบัติเด่นในเรื่องของการช่วยบรรเทา และลดความตึงเครียด สร้างความผ่อนคลายให้แก่ผู้ติดตาม ภาวะกระสับกระส่ายที่กล่าวมาข้างต้นจึงน่าจะมีอาการที่ลดลงและสามารถสร้างกำลังใจให้กับทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อีกด้วย

งานวิจัยที่ผู้วิจัยพบว่ามีผลสอดคล้องกับผลที่ได้ก็คืองานวิจัยของ Lin⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเรื่องการใช้สูกุคนบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะกระสับกระส่าย จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะกระสับกระส่ายที่ลดลงหลังการบำบัดและวัดด้วยแบบทดสอบ CMAI เวอร์ชันภาษาจีน งานวิจัยของ Jimbo⁽¹⁵⁾ ได้ทำการบำบัดผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมด้วยการทำสูกุคนบำบัดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านพักคนชรา โดยในช่วงเช้าใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นโรสแมรี่และกลิ่นเลมอน และตอนเย็นใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และกลิ่นส้มเป็นเวลา 28 วัน จากผลการศึกษาพบว่าน้ำมันหอมระเหยมีผลต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในเรื่องของ

กระบวนการคิดและความจำซึ่ง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ Ballard⁽¹¹⁾ ถึงสองงานที่ให้ผลการวิจัยที่ตรงกันว่าผู้ดูแลคนรับบำบัดมาบำบัดรักษาภาวะกระสับกระส่ายและยังสามารถควบคุมพฤติกรรมอื่นที่รบกวนได้โดยการเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นเลมอน บาส์มและกลิ่นลาเวนเดอร์ในการศึกษา ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลคนรับบำบัดสามารถลดภาวะกระสับกระส่ายในคนไข้โรคสมองเสื่อมได้ งานวิจัยของ Kyle⁽⁶⁰⁾ น้ำมันหอมระเหยมีผลในการช่วยลดความกังวลในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ และงานวิจัยของ Holmes⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีผลในการช่วยลดภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเช่นกัน งานวิจัยของ Smallwood และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ทำการวิจัยโดยการนำผู้ดูแลคนรับบำบัดมาใช้ควบคู่กับการนวด โดยใช้ น้ำมันหอมระเหยในกลุ่มทดลองพร้อมกับการนวด ผลการวิจัยพบว่าการทำผู้ดูแลคนรับบำบัดด้วยกลิ่นลาเวนเดอร์พร้อมกับการนวด สามารถลดปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มของคนไข้สมองเสื่อมได้ งานวิจัยของ Guendling⁽⁶¹⁾ ที่ทำการศึกษากิจการผู้ดูแลคนรับบำบัดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาเรื่องของพฤติกรรมโดยการใช้ น้ำมันหอมระเหยในการทดลอง พบว่า น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์สามารถลดปัญหาพฤติกรรมและภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ งานวิจัยของ Nguyen⁽⁶²⁾ การทำผู้ดูแลคนรับบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์สามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรมอาทิ ภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้เช่นกัน งานวิจัยของ O'Connor⁽⁶³⁾ พบว่าผู้ดูแลคนรับบำบัดสามารถใช้เป็นตัวใช้ในการลดพฤติกรรมกระสับกระส่ายในคนไข้สมองเสื่อมได้ทั้งการใช้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และกลิ่นอื่นๆเช่น กลิ่นแมลิซซา

แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีงานวิจัยที่ให้ผลแตกต่างจากงานวิจัยครั้งนี้ จากงานวิจัยของ Snow⁽⁶⁴⁾ ที่ทำการศึกษากิจการผู้ดูแลคนรับบำบัดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพื่อลดอาการกระสับกระส่าย โดยในการศึกษาเขาได้เลือกใช้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และนำไปเปรียบเทียบกับน้ำมัน thyme และน้ำมันที่ไม่มีกลิ่น จากผลการวิจัยพบว่าไม่พบผลของความแตกต่างจากการใช้ผู้ดูแลคนรับบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ น้ำมันหอมระเหยชนิดอื่น ๆ ในการศึกษานี้ งานวิจัยของ Fuji⁽⁶⁵⁾ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจ โดยการใช้ผู้ดูแลคนรับบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์ จากผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างเกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนใช้และหลังใช้ผู้ดูแลคนรับบำบัดในการบำบัด

ในช่วงการประเมินแบบทดสอบหลังการทดลอง ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมไว้ว่า หลังจากการดมผู้ดูแลคนรับบำบัด ผู้ป่วยนั้นมีสภาวะอารมณ์ที่ดีขึ้น สามารถนอนหลับในช่วงกลางคืนได้ยาวขึ้น และเนื่องจากความเครียดเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะกระสับกระส่าย จึงตรงกับงานวิจัยในการใช้ผู้ดูแลคนรับบำบัดในเรื่องของการนอน โดยงานวิจัยของ Nguyen⁽⁶³⁾ ใช้ผู้ดูแลคนรับบำบัดเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม ในงานศึกษาพบว่าสามารถช่วยเพิ่มการนอนให้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ จากการศึกษารวบรวมข้อมูลของ Thorgrimsen⁽⁶⁶⁾ และคณะ ค้นพบว่าการทำผู้ดูแลคนรับบำบัดสามารถช่วยเพิ่มการนอนให้กับคนไข้โรคสมองเสื่อมได้ งานวิจัยของ Hudson⁽⁶⁷⁾ กล่าวว่าการทำผู้ดูแลคนรับบำบัดด้วยกลิ่นลาเวนเดอร์นั้นนอกจากจะเพิ่มการพักผ่อนและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมยัง

สามารถเพิ่มการนอนได้อีกด้วย นอกจากนี้ผู้ควบคุมบำบัดยังมีส่วนช่วยในการบำบัดทางด้านอารมณ์ จากงานศึกษา Koca Kutlu⁽⁶⁸⁾ ที่ใช้ผู้ควบคุมบำบัดในการลดความตึงเครียดของนักเรียนในช่วงสอบ และงานวิจัยของ Braden⁽⁶⁹⁾ ที่ใช้ผู้ควบคุมบำบัดในการลดความเครียดและกังวลของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด ทำให้เห็นว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีผลให้คลายความตึงเครียดและกังวลได้ งานวิจัยของ Abuhamdah⁽⁷⁰⁾ กล่าวไว้ว่าการทำผู้ควบคุมบำบัดด้วยกลืนลาเวนเดอร์สามารถเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการบำบัดทางด้านอารมณ์ได้ในทุกเพศและทุกวัย

จากงานศึกษาครั้งนี้ baseline คะแนนของCMAI ของ2กลุ่มต่างกัน เพราะว่าการวิเคราะห์ผลต่างของคะแนนก่อนและหลังจะไม่สามารถควบคุมได้ในกรณีที่คะแนนก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันจึงทำให้เกิด regression to the mean จึงจำเป็นที่จะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่สามารถควบคุมการเกิด regression ได้นั้นคือการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหรือ ANCOVA นอกจากนี้ผู้ที่ขอออกจากงานวิจัยก่อนกำหนดไม่มีผลต่อมีผลการศึกษาแต่อย่างใด

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การบำบัดด้วยผู้ควบคุมบำบัดนั้นสามารถช่วยลดภาวะกระสับกระส่ายได้ทั้งในด้านของอารมณ์ ความเครียด พฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในภาวะกระสับกระส่ายลง ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับใจใจบาร์ ออยในกลุ่มควบคุมนั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations) และตัวกวน (Confounders)

จากการทำวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ว่าจะเป็นการศึกษาที่มีประโยชน์ แต่ผู้วิจัยก็พบว่าในช่วงระหว่างการวิจัยนั้นมีตัวกวนและมีข้อจำกัดในการวิจัยอยู่ดังนี้

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายและมาเข้ารับการรักษาตัว ณ คลินิกโรคสมองเสื่อม ชั้น 12 ภาควิชาจิตเวช ตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ป่วยที่ผ่านเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า – เกณฑ์การคัดออก นั้นมีจำนวนเพียงแค่ 24 คนตลอดการทำการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก ผลที่ได้จากการวิจัยจึงไม่ได้หมายถึงจำนวนประชากรกลุ่มใหญ่ทั้งหมดของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ผู้ควบคุมบำบัดสามารถช่วยในการบรรเทาอาการกระสับกระส่ายได้

2. ในตลอดระยะเวลาของการทดลอง ผู้ดูแลเป็นคนนำอุปกรณ์ทั้งหมดไปทำการบำบัดให้กับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ให้คำสั่งและสอนวิธีการบำบัดให้แก่ผู้ดูแลและทำการติดตามผลตลอดระยะเวลาการวิจัย แต่อย่างไรก็ตาม การบำบัดในแต่ละวันนั้นขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ดูแลในการทำการบำบัด ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถกำหนดกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันของผู้ดูแลได้ จึงอาจจะมีความคลาดเคลื่อนในเรื่องของระยะเวลาการบำบัดในการทดลองของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยบางคนได้

3. เนื่องจากในช่วงระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายนได้เกิดอุทกภัยขึ้นในกรุงเทพฯทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยบางคนที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อุทกภัยนั้นต้องมีการย้ายที่พักหรือปรับสภาพที่อยู่อาศัย ซึ่งการที่สภาพแวดล้อมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างหนักอาจจะเป็นผลช่วยกระตุ้นให้เกิดภาวะกระสับกระส่ายมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดความไม่ต่อเนื่องในการทดลองซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเริ่มต้นการบำบัดใหม่อีกครั้งเพื่อผลที่ถูกต้อง

แม่นยำ นอกเหนือจากนี้ยังก่อให้เกิดผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ขอดอนตัวออกจากการวิจัย และไม่สามารถติดตามผลได้อันเป็นผลเนื่องมาจากภัยธรรมชาติในครั้งนี้

4. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดกฎเกณฑ์อาทิเช่น การห้ามไม่ให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายต่างๆในช่วงระหว่างทำการบำบัด ตัวอย่างเช่นฟังเพลง หรืออ่านหนังสือ หรือแม้กระทั่งการรับยาที่ตัวยาบางตัวอาจมีผลในการช่วยบรรเทาอาการกระสับกระส่าย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลทำให้ค่าที่ได้จากการวัดด้วยแบบทดสอบอาจจะไม่ได้เป็นค่าที่ลดลงจากการบำบัดด้วยสุคนธบำบัดเพียงอย่างเดียวโดยแท้จริง แต่อาจเกิดขึ้นร่วมกับสภาพแวดล้อมและกิจกรรม การรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่ในขณะเข้ารับการบำบัดอีกด้วย เช่น ยาทางจิตเวชอาจมีผลในการช่วยให้คนไข้อยู่ในสภาวะที่สงบขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาให้แน่ชัดว่า ยาทางจิตเวชนั้นมีผลต่ออาการจริงหรือไม่และส่งผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้หรือไม่อย่างไร

5. ในระหว่างการทดลองผู้วิจัยไม่ได้เป็นผู้สังเกตอาการโดยตรง โดยผู้ที่ทำหน้าที่สังเกตอาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วยคือผู้ดูแล การบอกอาการในแต่ละครั้งจึงอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงเนื่องจากผู้ดูแลอาจมีความแตกต่างกัน และทำให้วิธีการดูแลก็แตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อวิธีการดูแล เพราะผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลายคนอาจจะไม่มีความเครียดและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าแต่มีช่วงเวลาสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่น้อยกว่า

ถึงแม้ว่าในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะค้นพบข้อจำกัดและตัวกวนในการทดลอง แต่การวิจัยครั้งนี้ก็มีจุดแข็งอยู่เช่นกัน นั่นคือความร่วมมือที่ผู้ดูแลมีให้ในระหว่างการวิจัย และในระหว่างการบำบัดเองผู้ดูแลก็สามารถได้กลิ่นไปพร้อมกับผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งอารมณ์และจิตใจ ทำให้หลังจบการวิจัย ผู้ดูแลอยากหาซื้อน้ำมันหอมระเหยเพื่อไปดำเนินการทำต่อ และความสนใจนี้สามารถเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่อยากจะทำการศึกษาในเรื่องนี้ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อที่ผลจะได้ครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรส่วนใหญ่
2. ควรมีการวัดการรับรู้กลิ่นของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนก่อนเข้าร่วมการทดลอง เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยนั้นสามารถได้กลิ่นหรือไม่ เพื่อประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างเต็มที่
3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการบำบัดให้ยาวนานยิ่งขึ้น และมีการติดตามผลหลังการบำบัดเพื่อดูผลในระยะยาวของการบำบัดด้วยสุคนธบำบัดว่ายังมีผลดีอยู่หรือไม่

ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยของสุคนธบำบัดในรูปแบบอื่น และแนวทางอื่นต่อไป เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมต่อการบำบัดผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไปในอนาคต และเป็นแนวทางในการเพิ่มทางเลือกในการบำบัดร่วมกับยาที่มีคุณภาพ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

รายการอ้างอิง

1. Alzheimer's research UK. Information of dementia [Online]. 2010. Available from :
<http://www.alzheimers-research.org.uk/info/dementia/> [2010, October 25]
2. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. คนไทยเสี่ยงภัยสมองเสื่อม. ต้นคิด 12 (มีนาคม 2552) : 6-7
3. Alzheimer's society. What is dementia? [Online]. 2011. .Available from :
http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=106
[2010, October 25]
4. พันธุ์ ธีญญะกิจไพศาล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. กรุงเทพมหานคร:พี เค โพรมิเนนท์ 2544.
5. American Speech-Language-Hearing Association. What is dementia?. [Online].2012. Available
from: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/dementia.htm> [2011,October 25]
6. Buchbauer, G., Methods in Aromatherapy Research. Perf Flav 21 (1996): 31–36.
7. Gattefoss, R.M., Aromatherapy. London: C W Daniel Co Ltd, 1993.
8. กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวิชาการสูคนบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักกิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กันยายน 2550.
9. Perry, N., and Perry, E., Aromatherapy in the management of psychiatric disorders: clinical and
neuropharmacological perspectives. CNS Drugs 20 (April 2006) : 257–280.
10. Holmes, C., Hopkins, V., Henford, C., et al. Lavender oil as a treatment for agitated behavior in
severe dementia. International Journal of Psychogeriatric Psychiatry 17 (2001): 305-308.
11. Ballard, C. G., O'Brien, J. T., Rrichelt, K., et al. Aromatherapy as a safe and effective treatment for
the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-
controlled trial with Melissa. Journal of Clinical Psychiatry 63 (2002): 553-558.
12. กุณฑลจี จริยาปยุตต์เลิศ และเวทิต ประทุมศรี. ผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ต่อการนอนไม่หลับ
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 1(มกราคม – ธันวาคม 2549): 47-51.
13. Lin P.W., Chan W., Ng B.F., and Lam L.C.,. Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as
an intervention for agitated behaviors in Chinese older persons with dementia: a cross-over
randomized trial. Int J Geriatr Psychiatry 22 (2007): 405-410.
14. Smallwood, J., Brown, R., Coulter, F., et al. Aromatherapy and behavior disturbance in dementia:
a randomized controlled trial. International Journal of Geriatric Psychiatry16 (2001): 1010-
1013.
15. Jimbo, D., Kimura, Y., Taniguchi, M., Inoue, M., and URAKAMI, K. Effect of aromatherapy on
patients with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 9 (December 2009): 173–179.

16. Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. Journal of the American Geriatrics Society 34 (November 1986): 711-721.
17. World Health organization. Dementia: a public health priority. [Online]. 2012. Available from : http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/index.html [2012, April 1]
18. National Institute of Neurological Disorders and stroke. What is dementia?. [Online]. 2012. Available from: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/dementias/dementia.htm> [2012, April 1]
19. สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. โรคสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา <http://pni.go.th/pnigoth/?p=1280> [1 เมษายน 2555]
20. นิพนธ์ พวงวรินทร์. ภาวะสมองเสื่อมความจริง 9 ประการ. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา <http://www.otat.org/index.php?lay=show&ac=article&id=538668927&Ntype=3> [2 เมษายน 2555]
21. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. สารานุกรมของผู้สูงอายุ: ภาวะสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา <http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/Thaiweb/AD.htm> [2 เมษายน 2555]
22. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน . ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. 2544. แหล่งที่มา <http://www.rxrama.com/article003.html> [2 เมษายน 2555]
23. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์., มาโนช หล่อตระกูล. โรคสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. 2545. แหล่งที่มา <http://www.ramamental.com/dsm/dementia.htm> [2 เมษายน 2555]
24. Dementia. The face of Dementia. [Online]. 2012. Available from: <http://www.dementia.org/> [2012, April 3]
25. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. บทที่ 5 สมองเสื่อม. คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรมสุขภาพจิต 2544
26. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วิธีการรักษาโรคสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://www.azthai.org/articles/a03.html> [2 เมษายน 2555]
27. Expert Consensus Guideline Series: A postgraduate medicine special report. Treatment of Dementia and Agitation: A Guide for Families and Caregivers. Treatment of dementia and its behavioral disturbances, (January 2005): 101-108
28. กอบหทัย สิทธิรณฤทธ. ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิดและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56 (ตุลาคม – ธันวาคม 2554) : 449-462
29. Springhouse. Handbook of Signs & Symptoms. USA: (Third Edition), Lippincott Williams & Wilkins, 2005
30. Cohen-Mansfield, J. Managing Agitation in Elderly Patients With Dementia [Online]. 2001 Available from: <http://www.cmellc.com/geriatrictimes/g010533.html> [2 April 2012]

31. Koss, E., Weiner, M., Ernesto C., et al. Assessing patterns of agitation in Alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 11 (1997): 45-50.
32. พรเทพ เปรมสำราญ และ สุปราณี นิรุตติศาสตร์. การดูแลรักษาตามอาการแก่ผู้ป่วยวิฤตที่มีภาวะ agitation. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 5 (พฤษภาคม 2548): 255-266
33. Cohen-Mansfield, J. Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. Journal of psychiatric research 43 (2009): 64-69
34. Cohen-Mansfield, J., Schindel Martin, L. Assessment of Agitation in Older Adults. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology (2010): 381-403
35. Andrea S. Schreiner., Eiko Yamamoto., Hisako Shiotani. Agitated Behavior in Elderly Nursing Home Residents with Dementia in Japan. Journal of Gerontology: Psychological sciences 3 (2000): 180-186
36. Mega, M.S., Cummings, J.L., Fiorello, T and Gornbein, J. the spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. Neurology 1 (January 1996): 130-135
37. The aromatherapy council. (2007). What is aromatherapy? [Online]. Available from: <http://www.aromatherapycouncil.co.uk/> [4 April 2012]
38. ชรินทร์ ลีวานันท์. ผ่อนคลาย สบายใจด้วยสมุนไพรบำบัด. [ออนไลน์] 2553. แหล่งที่มา <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=130> [4 เมษายน 2555]
39. วิษณุ วิญญรัตน์. สมุนไพรบำบัด (Aromatherapy). [ออนไลน์] 2549 แหล่งที่มา [http://www.stou.ac.th/study/sumrit/10-53\(500\)/page2-10-53\(500\).html](http://www.stou.ac.th/study/sumrit/10-53(500)/page2-10-53(500).html) [4 เมษายน 2555]
40. โสมนภา พรายแสง. สมุนไพรบำบัด. วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม 8 (2544): 26-29.
41. วนิดา จิตต์หมั่น และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์. กรุงเทพมหานคร: สมุนไพรบำบัด น้ำมันหอมระเหยจากพืชสมุนไพร. 2540
42. สุนต์ทิพย์ คงตัน. น้ำมันหอมระเหย...จุดเริ่มต้นของสปา. วารสารวิทยาศาสตร์ประยุกต์. 5 (มิถุนายน 2549): 122-125.
43. Dawn J. R. Brooker, Melanie Snape, Edward Johnson, Diane Ward, and Marie Payne. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. British Journal of Clinical Psychology. 2 (May 1997) : 287-296

44. Aromatherapy.com.Application Of Essential Oils. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา
<http://www.aromatherapy.com/application.html> [10 เมษายน 2555]
45. Margaret Louis, R.N.,and Kowalski,S.D. Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. American Journal of Hospice and Palliative Medicine.19. (November-December 2002): 381-386
46. University of Maryland Medical Center. Complimentary medicine: Aromatherapy. [Online].2011. Available from: <http://www.umm.edu/altmed/articles/aromatherapy-000347.htm> [2 April 2012]
47. พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ. สมุนไพรบำบัด.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะเภสัชศาสตร์ ภาควิชาเทคโนโลยีเภสัชกรรม, 2545.
48. จุไรรัตน์ แสงสวัสดิ์. การสกัดน้ำมันหอมระเหย.กรมส่งเสริมเกษตร,2545
49. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย, ฝ่ายเภสัชศาสตร์และผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ. น้ำมันหอมระเหย. [ออนไลน์]. 2548.แหล่งที่มา: www.tistr.or.th/pharma/ [4 เมษายน 2555]
50. University of Maryland Medical Cente. Complimentary medicine: Lavender. [Online].2011. Available from: <http://www.umm.edu/altmed/articles/lavender-000260.htm> [4 April 2012]
51. Esoteric oils. Lavender essential oil information. [Online].2011. Available from: <http://www.essentialoils.co.za/essential-oils/lavender.htm> [4 April 2012]
52. จิตต์ระวี เกียรติสัมพันธ์. Aromatherapy: A complementary treatment in dementia. [ออนไลน์] 2549. แหล่งที่มา: <http://www.ramamental.com> [6 เมษายน 2555]
53. Skiness, B. Aromatherapy 101. Joint Adventure (April 2007): 1-3
54. BRIAN COOKE, and EDZARD ERNST. Aromatherapy: a systematic review. British Journal of General Practice 50 (June 2000) : 493-496
55. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย. กลไกการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหยในสมุนไพรบำบัด. [ออนไลน์]. 2544. แหล่งที่มา: http://www.tistr.or.th/pharma/Aroma_act.htm [8 เมษายน 2555]
56. อุดมลักษณ์ เวียนงาม. Aromatherapy สดชื่นด้วยกลิ่นบำบัด. [ออนไลน์]. 2549. แหล่งที่มา: <http://doctor.or.th/node/1516> [10 เมษายน 2555]
57. Aromatherapy.com.Application Mood blends. [Online]. 2010. Available from: <http://www.aromatherapy.com/application.html> [2012, April 10]
58. Train the Brain Forum Committee, Thai Mental State Examination (TMSE), Siriraj Hospital Garzette45 ,6,(June 1993) :359-74

59. Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. A description of agitation in a nursing home. Journal of Gerontology 44(1989): M77-M84.
60. Kyle ,G. Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study. Complementary Therapies in Clinical Practice 12(2006), 148–155
61. Guendling, A. Aroma therapy in dementia. European Journal of Integrative Medicine 2(2010): 217–265
62. Nguyen Q.A.(2007).The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia. International journal of geriatric psychiatry 23(2008) : 337–346.
63. O'Connor , D.W. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. International Psychogeriatrics, 21(2009): 225–240
64. Snow , A.L., Hovanec I.,and Brandt ,J., A Controlled Trial of Aromatherapy for Agitation in Nursing Home Patients with Dementia. The journal of alternative and complementary medicine10 (2004): 431– 437
65. Masahiko, F., Hatakeyama, R. and others. Lavender aroma therapy for behavioral and psychological symptoms in dementia patients. Geriatr Gerontol Int 8(2008): 136–138
66. Thorgrimsen, L.M., Holt, F.E., Birks ,T.PH., Spector, A.E., Wiles, A., and Orrell, M. Aroma therapy for dementia. The Cochrane Collaboration 1(2009): 1-20
67. Hudson, R. The value of lavender for rest and activity in the elderly patient. Complementary Therapies in Medicine 4(1996): 52-57
68. Koca Kutlu, A. Effects of aroma inhalation on examination anxiety. Teaching and Learning in Nursing 3(2008): 125–130
69. Breden ,R. The Use of the Essential Oil Lavandin to Reduce Preoperative Anxiety in Surgical Patients. American Society of PeriAnesthesia Nurses.(2009): 348-355
70. Abuhamdah S. Lemon Balm and Lavender herbal essential oils: Old and new ways to treat emotional disorders? .Current Anaesthesia & Critical Care.19(2008): 221–226

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ใบยินยอมผู้แทนโดย
ชอบธรรม



COA No. 315/2011
IRB No. 124/54

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : โครงการนำร่องผลการทำสวนคนบาบ้ดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ คลินิกโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกนกกร ศรีโรจน์นพคุณ

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 22/5/11
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Verison 1.0 Dated 20/1/11
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 22/5/11
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม Version 2.0 Dated 22/5/11
5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Verison 1.0 Dated 20/1/11
6. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล Verison 1.0 Dated 20/1/11
7. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Verison 1.0 Dated 20/1/11
8. Thai Mental State Examination (TMSE)


ลงนาม *ทิน สันติไชย*
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม *[Signature]*
(รองศาสตราจารย์สุพิชา วิทย์เลิศปัญญา)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 7 มิถุนายน 2554

วันหมดอายุ : 6 มิถุนายน 2555

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

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

ชื่อโครงการวิจัยนำร่อง ผลของการทำสุคนธบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ
คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาว กนกอร ศรีโรจน์นพคุณ

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-973-8341 มือถือ 084-132-0088

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความถดถอยของพุทธิปัญญา ซึ่งนอกจากจะมีปัญหาในเรื่องความจำแล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาผลของการทำสุคนธบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษา คือ 24 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

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

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอซักประวัติเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย หรือ ไทยเมินเทิลสเตทเอ็กซ์แซมมิเนชัน (Thai Mental State Examination: TMSE)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบเพื่อประเมินพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือ โคเฮน-แมนฟิลล์ อาจิตเทชั่น อินเวนทอรี (Cohen-Mansfield Agitation Inventory: CMAI)

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 ผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลส่วนตัวของคนไข้ ส่วนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย หรือไทยเมินเทิลสเตทเอ็กซ์แซมมิเนชัน (Thai Mental State Examination: TMSE) และแบบทดสอบประเมินพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือโคเฮน-แมนฟิลล์ อาจิตเทชั่น อินเวนทอรี (Cohen-Mansfield Agitation Inventory: CMAI) ผู้ทำวิจัยเป็นผู้กรอก และ ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจากผู้ดูแล


หากท่านมีคุณสมบัติเหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะชี้แจงท่านเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย และท่านจะได้รับการสุ่มตัวอย่าง เพื่อลำดับสิ่งที่จะได้รับการทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการสุดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และกลุ่มที่ได้รับการดมกลิ่นโจโจ บาร์ ออย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลของท่านถึงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของท่าน โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15- 20 นาที โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือประมาณ 2 สัปดาห์ และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 1 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของงานวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งถึงความเปลี่ยนแปลง อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบอย่างชัดเจน

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

หากท่านมีความรู้สึกไม่พร้อม รู้สึกไม่ปลอดภัย หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการกิจกรรมใดๆที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ ท่านควรแจ้งให้ทราบทันที และหากมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย

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

ท่านสามารถซักถามผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีความเสี่ยงในการแพ้ไขมันหอมระเหยเช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรืออาเจียน เกิดขึ้น โดยทั่วไปแล้วการนั่งหรือนอนพักสักครู่ และดื่มน้ำสะอาด อาการเหล่านี้จะดีขึ้น เพราะไขมันหอมระเหยจัดเป็นการบำบัดที่สามารถหาได้โดยทั่วไปและสามารถใช้ได้ในคนปกติที่ไม่ได้ป่วยทางกายหรือจิตใจใดๆ จัดเป็นสารที่มีความเสี่ยงน้อย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้อาจช่วยลดพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ แต่ไม่รับประกันว่าอาการของท่านจะดีขึ้นอย่างแน่นอน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูล แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาว กนกอร ศรีโรจนันท์พคุณ ได้ที่ 084-132-0088 ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย


ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน หรือเงินชดเชยค่าเดินทางจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถให้ความร่วมมือ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ภาวะสุขภาพของท่านไม่เอื้อต่อการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

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

- ท่านเกิดอาการแพ้ น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในการศึกษา เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรืออาเจียน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว กนกอร ศรีโรจน์พคุณ ที่อยู่ 46/58 ซอย พหลโยธิน 52 ถนน พหลโยธิน แขวง คลองถนน เขต สายไหม กรุงเทพฯ 10220

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกและสิทธิ์ในการรับการรักษาหากท่านไม่มีประสงค์ที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยการยังคงได้รับการรักษาทั่วไปจากทางโรงพยาบาล
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยในงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

8. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

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

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวกนกอร ศรีโรจน์นพคุณ

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

สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยเรื่อง ผลของการทำสุคนธบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ. คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ด้วยผู้วิจัย นางสาว กนกอร ศรีโรจน์นพคุณ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและวิจัยเรื่อง ผลของการทำสุคนธบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ. คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้เป็นการทดลอง โดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตามความสมัครใจ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำการบำบัดด้วยสุคนธบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมการรักษาต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้ดูแลของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วม

วิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

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

สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยเรื่อง โครงการนำร่องผลของการทำสวดมนต์บำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
ณ. คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งมี
ความสัมพันธ์เป็น.....ของนาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้
นาย/นาง/นางสาว..... เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ด้วยผู้วิจัย นางสาว กนกอร ศรีโรจน์นพคุณ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและวิจัยโครงการนำร่องเรื่อง ผลของการทำสวดมนต์บำบัดต่อ
พฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ. คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้เป็นการทดลอง โดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตามความ
สมัครใจ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการ
ทำการบำบัดด้วยสวดมนต์บำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมการรักษาต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อไป

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่
พร้อมด้วยเอกสารสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการ
อธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย
จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้ดูแลของข้าพเจ้าจะพึงได้รับ
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ

วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ นาย/นาง/นางสาว เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรมกับผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินTMSE แบบสอบถามCMAI

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

PT No.....

วันที่.....

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ของแต่ละข้อ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริงทั้งหมด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

1. ปัจจุบันผู้ป่วยมีอายุ (โปรดระบุอายุ).....ปี

2. เพศ

() ชาย () หญิง

3. สถานภาพสมรสปัจจุบันของผู้ป่วย

() สมรส () หม้าย () แยกกันอยู่

() หย่า () ไม่เคยสมรส

4. ระดับการศึกษาของผู้ป่วย

() ปริญญาตรีหรือสูงกว่า () ปวช () ปวส

() มัธยมปลาย () มัธยมต้น () ประถม

() ไม่ได้รับการศึกษา

5. ศาสนาของผู้ป่วย

() พุทธ () คริสต์

() อิสลาม

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. อาชีพเดิมของผู้ป่วย

() ข้าราชการ () พนักงานรัฐวิสาหกิจ () พนักงานบริษัทเอกชน

() แม่บ้าน () รับจ้าง () เกษตรกร

() ว่างงาน

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. สมาชิกที่เป็นผู้ดูแลหลักในบ้าน

() พ่อแม่

() สามी/ภรรยา

() บุตร/ธิดา

() ญาติ

() พยาบาลพิเศษ

() ลูกจ้าง

() อื่นๆ(โปรดระบุ).....

8. นอกจากผู้ดูแลหลักแล้ว มีใครช่วยท่านดูแลผู้ป่วยอีกหรือไม่

() ไม่มี

() มี (มากกว่าหนึ่งคน) โปรดระบุ.....

() มี (มากกว่าสองคน) โปรดระบุ.....

() ส่วนใหญ่มี (มากกว่าสามคนขึ้นไป) โปรดระบุ.....

9. ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ไหน

() บ้านของผู้ป่วยเอง

() บ้านของบุตรหรือธิดา

() บ้านพักคนชรา หรือสถานดูแล

() อื่น (โปรดระบุ).....

10. ประวัติการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() กาเฟ ปริมาณต่อวัน.....

() ชา ทุกชนิด ปริมาณต่อวัน.....

() เหล้า ปริมาณต่อวัน.....

() เบียร์ ปริมาณต่อวัน.....

() ไวน์ ปริมาณต่อวัน.....

() บุหรี่ ปริมาณต่อวัน.....

สารเสพติดอื่นๆ (โปรดระบุ).....

ไม่ใช้สารเสพติด

11. ผู้ป่วยมีกิจกรรมคล้ายเครียดหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ชมโทรทัศน์ชมภาพยนตร์

ฟังเพลง

อ่านหนังสือ

ปลูกต้นไม้

ทำสวน

ท่องเที่ยว

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่

ความดันสูง

โรคไขมันในเลือดสูง

เบาหวาน

โรคหัวใจ

ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ

โรคหลอดเลือดสมอง

ไม่มี

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. ผู้ป่วยเคยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ หรือโดนกระแทกอย่างรุนแรงหรือไม่

เคย

ไม่เคย

3. มีบุคคลในครอบครัวมีอาการของโรคสมองเสื่อมหรือไม่

มี โปรดระบุ.....

ไม่มี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิด

Alzheimer disease (AD)

Vascular dementia

AD with CVD

2. ค่าคะแนน TMSE.....

3. ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมมาแล้วเป็นระยะเวลาประมาณเท่าใด

- น้อยกว่าครึ่งปี ครึ่งปี - 1 ปี
 1-2 ปี 2-3 ปี
 3-4 ปี 4-5 ปี
 มากกว่า 5 ปี

4. ยาและการรักษาที่ได้รับ

- CHOLINESTERASE INHIBITORS

- DONEPEZIL (Aricept[®]) GALANTAMINE (Reminyl XR[®]) RIVASTIGMINE (Exelon[®])

- COGNITIVE ENHANCER

- MEMANTINE (Ebixa[®]) NICERGOLINE (Sermion[®])

- ยาต้านโรคจิต

- HALOPERIDAL RISPERIDONE ZIPRASIDONE (Zeldox[®])
 QUETIAPINE (Seroquel[®]) ALIPIPIRAZOLE (Abilify[®]) OLANZAPINE (Zyprexa[®])
 PARIPALIDONE (Invega[®])
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

- ยาต้านเศร้า

- FLUOXETINE (Prozac[®], Fulox[®]) SERTRALINE (Zoloft[®], Serlift[®])
 ESCITALOPRAM (Lexapro[®]) VENLAFAXINE (Effexor XR[®])
 TRAZODONE (Desirel[®]) AMINEPTINE (Stablon[®])
 DESVENLAFAXINE (Pristiq[®]) อื่นๆ โปรดระบุ.....

- ยาแก้ซึมเศร้า

() VOLPROIC ACID (Depakine[®]) () LAMOTRIGINE (Lamictal[®])

() CARBAMAZEPINE (Tegretal[®]) () อื่นๆ โปรดระบุ

.....

- ยานอนหลับ

() ALPRAZOLAM (Xanax[®] , anpress[®]) () LORAZEPAM (Ativan[®] , Lorazep[®])

() CLONAZEPAM (Rivotril[®] , Prenapril[®])

() STILNOX[®]

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

- วิตามิน

() Vitamin E () B complex () FOLLIC ACID

- การรักษาอื่นๆที่ได้รับ

() การนวด () การฝังเข็ม () การทำกิจกรรมบำบัด () การฝึกความจำ

() ไทเก๊ก () นั้งสมาธิ () อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. เริ่มต้นการทดลองวันที่.....

ค่า CMAIในวันเริ่มต้นของการทดลอง.....

6. สิ้นสุดทำการทดลองวันที่.....

ค่า CMAI ในวันสุดท้ายของการทดลอง.....

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

แบบทดสอบวัดค่าภาวะกายใจไม่สงบ

คำชี้แนะ: จากรูปแบบพฤติกรรมด้านล่าง จงทำเครื่องหมาย \checkmark ในกล่องสี่เหลี่ยม ซึ่งแสดงถึงความถี่ของการเกิดภาวะกายใจไม่สงบในช่วง **2 อาทิตย์**

พฤติกรรม	ไม่เคย 1	น้อยกว่า หนึ่งครั้ง ต่อ อาทิตย์ 2	หนึ่งหรือ สองครั้ง ต่อ อาทิตย์ 3	มากกว่า สองครั้ง ต่อ อาทิตย์ 4	หนึ่ง หรือ สองครั้ง ต่อวัน 5	มากกว่า สองครั้ง ต่อวัน 6	มากกว่า สองครั้ง ต่อ ชั่วโมง 7
1. ทูบตี หรือตนเอง							
2. เตะ							
3. พยายามคว้า กระชาก หรือจับ ผู้คน							
4. ผลัก							
5. ขว้างของ							
6. กัด							
7. ช่วน							
8. ถ่มน้ำลาย							
9. ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น							
10. ฉีกหรือทำลายสิ่งของ							
11. พยายามล้วงละเมียดทางเพศ โดยทางกายภาพ							
12. เดินอย่างไม่มีจุดหมาย							
13. แต่งกายไม่เหมาะสม หรือไม่ ใส่เครื่องแต่งกาย							
14. พยายามออกไปข้างนอกที่ปัก							
15. ตั้งใจล้ม							
16. ดื่มและรับประทานสารที่ไม่ เหมาะสม							
17. ถือสิ่งของที่ไม่เหมาะสม							

พฤติกรรม	ไม่เคย 1	น้อยกว่า หนึ่งครั้ง ต่อ อาทิตย์ 2	หนึ่งหรือ สองครั้ง ต่อ อาทิตย์ 3	มากกว่า สองครั้ง ต่อ อาทิตย์ 4	หนึ่ง หรือ สองครั้ง ต่อวัน 5	มากกว่า สองครั้ง ต่อวัน 6	มากกว่า สองครั้ง ต่อ ชั่วโมง 7
18. ซ่อนสิ่งของ							
19. เก็บสะสมสิ่งของ							
20. แสดงพฤติกรรมเข้าไปเข้ามา							
21. มีความกระสับกระส่าย โดยทั่วไป							
22. กิริยาร้อง							
23. มีวาทจกกล่าวล่วงละเมิดทาง เพศ							
24. ก่นด่า หรือพูดด้วยถ้อยคำที่ ก้าวร้าว							
25. พูดประโยคหรือคำถามซ้ำ หลายรอบ							
26. ทำเสียงแปลกๆเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้							
27. บ่น							
28. ขอบปฏิเสธ หรือคัดค้าน							
29. เรียกร้องความสนใจ หรือขอ ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง							

ภาคผนวก ค

เอกสารแนะนำการศึกษาผลของสูวคนธบำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรค
สมองเสื่อม

เอกสารแนะนำการศึกษาผลของสวดมนต์บำบัดต่อพฤติกรรมกระสับกระส่ายในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

การทำสวดมนต์บำบัดหรือโรมา เทอรัราปี (Aromatherapy)



สรรพคุณ

น้ำมันหอมระเหยกลั่นลาเวนเดอร์ (Lavandula officinalis

Chaix) สกัดได้จากดอกลาเวนเดอร์ ซึ่งตัวน้ำมันจะมีกลิ่นหอมสดชื่น

จึงเป็นหนึ่งในน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในโลก

น้ำมันหอมระเหยกลั่นลาเวนเดอร์มีคุณสมบัติหลักในการช่วยระงับ

ประสาท ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ช่วยคลายอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย บรรเทา

อาการปวด บำรุงระบบหายใจ เพิ่มการนอนหลับ และช่วยรักษาสมดุลของระบบประสาท นอกจากนี้นำไปใช้โดยการกระจายกลิ่นน้ำมันหอมระเหยในอากาศด้วยเตาน้ำมันหอมระเหยซึ่งไอระเหยของน้ำมันหอมจะช่วยฆ่าเชื้อแบคทีเรียในอากาศ ทำให้อากาศสะอาดและบริสุทธิ์ได้อีกด้วย

วิธีทำ

1. ใส่น้ำลงไปจนเกือบเต็มในตะเกียงเผาให้ถึงขีดที่กำหนดไว้
2. หยดน้ำมันหอมระเหยกลั่นลาเวนเดอร์ลงในตะเกียงเผา 2 หยด
3. นำตะเกียงวางไว้ในบริเวณที่คนไข้ไม่สามารถหยิบหรือคว้าได้
4. จุดเทียนไขแล้วใส่ในตะเกียง ทิ้งไว้ 15 นาที เพื่อการกระจายกลิ่นที่ทั่วถึง
5. นำคนไข้เข้ามานั่งในห้องเพื่อเริ่มการทำสวดมนต์บำบัด เป็นเวลา 60 นาที
6. เติมน้ำในตะเกียงเพิ่มเมื่อเห็นว่าน้ำในตะเกียงเริ่มพร่องลง

หมายเหตุ

- ก่อนเริ่มสวดมนต์บำบัดควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยแล้วจึงเริ่มการทำการบำบัด เริ่มทำการบำบัดตั้งแต่วันที่ 18.00 – 19.00 น

- ภายในห้องผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่เคยทำอยู่เป็นประจำได้เช่น อ่านหนังสือ หรือ ฟังเพลง หรือ ดูโทรทัศน์
- ภายในห้องที่ใช้ทำการทดลองควรมีเครื่องปรับอากาศ เพื่อการกระจายกลิ่นที่ทั่วถึง ควรปรับอุณหภูมิในห้องให้เหมาะกับผู้ป่วย 24-25 องศาเซลเซียส ห้องควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 86 ตารางเมตร
- กระบวนการนี้ควรได้รับการทำอย่างต่อเนื่องในเวลาที่กำหนดไว้ 2 สัปดาห์ เพื่อประโยชน์และผลที่ออกมาอย่างถูกต้องและสมบูรณ์แบบ
- ในการศึกษาผู้ป่วยอาจได้รับน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ หรือ โจโจบาร์ ออย ซึ่งจะได้รับกลิ่นหอมอ่อนๆในการบำบัด

ข้อควรระวัง

- ไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยกับผิวโดยตรง เนื่องจากความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยอาจทำให้เกิดการระคายเคืองได้
- ผู้ดูแลจำเป็นต้องอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ทำการบำบัดด้วยสுவคนธบำบัดเพื่อป้องกันเรื่องไฟไหม้จากตะเกียงและสังเกตพฤติกรรมและอาการตอบสนองที่ไม่พึงประสงค์
- หากผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงหรือแพ้ อาทิ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรืออาเจียน ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้น้อยมาก ให้ปฏิบัติดังนี้
 1. หยุดรับการบำบัดทันที และออกมานอกห้อง
 2. นั่งพักและสูดอากาศบริสุทธิ์
 3. ดื่มน้ำตามมากๆ
 4. ติดต่อผู้วิจัยหากเกิดอาการแพ้ดังกล่าว



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว กนกอร ศรีโรจน์พคุณ

วัน/เดือน/ปีเกิด 6 เมษายน พ.ศ. 2531 จังหวัด กรุงเทพมหานคร ปัจจุบันอายุ 24 ปี

พ.ศ. 2552 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์ เอกภาษาอังกฤษ
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจุบัน เข้ารับการศึกษาคู่ในในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย