



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
The Comparison on the Quality of Life in Patients with Alzheimer's Disease:
before and after the Treatment of Rivastigmine and Galantamine
in Thailand 2017.

ดร. ณิชกานต์ ภีระคำ

หัวหน้าโครงการ

ภญ.ญานิดา รักษ์ชูชีพ

ผู้ร่วมโครงการ

ผศ.ดร.เขมมาวี รักษ์ชูชีพ

ผู้ร่วมโครงการ

โครงการวิจัยประเภททุนอุดหนุนการวิจัย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (เพิ่มเติม)

สัญญาเลขที่ 18/2560

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560

**The Comparison on the Quality of Life in Patients with Alzheimer's Disease:
before and after the Treatment of Rivastigmine and Galantamine
in Thailand 2017.**

ดร. ณิชกานต์ ภีระคำ

หัวหน้าโครงการ

ภญ.ญานิดา รักษ์ชูชีพ

ผู้ร่วมโครงการ

ผศ.ดร.เขมมาวี รักษ์ชูชีพ

ผู้ร่วมโครงการ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยประเภททุนอุดหนุนการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่สัญญา 18/2560

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดีด้วยความร่วมมือจากคณะผู้ร่วมวิจัยและผู้มีพระคุณหลายฝ่าย หลายท่านที่ให้ความกรุณาแก่ผู้ศึกษา ในการนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้มีพระคุณ ดังต่อไปนี้

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล อีกทั้งขอขอบคุณผู้บริหารทุกระดับของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนโครงการวิจัยนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ประสานงานอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และบูรพาจารย์ ที่ได้มีส่วนในการประสิทธิ์ประสาทแสงสว่างแห่งชีวิตและปัญญาแก่คณะผู้วิจัย รวมทั้งผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ได้บังคับบัญชา ที่คอยให้กำลังใจตลอดเวลา จนทำให้คณะผู้วิจัยประสบความสำเร็จ

คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการทำวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านที่จะได้ทราบข้อมูล และสารสนเทศจากผลการวิจัยเพื่อเป็นความรู้นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2560

บทคัดย่อ

ในการวิจัยเรื่อง “เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560” กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 และ 3) เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี โดยใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกตัวต่อตัว (in-depth interview) คณะผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ใช้ยา Galantamine จำนวน 15 คน

ภาพรวมผลการวิจัยพบว่า ยา Rivastigmine มีผลช่วยด้านการนอนหลับและสุขภาวะทางอารมณ์ ความใส่ใจ ความจำ ลดความเครียดหรืออารมณ์ซึมเศร้าอาจจะได้ดีกว่าผลที่พบในตัวยา Galantamine แต่ยา Rivastigmin มักพบปัญหา คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายท้องบ่งบอกจากการใช้ยา หรือปัญหาการดึงแผ่นแปะโดยตัวผู้ป่วย ในขณะที่ ยา Galantamine แทบไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นการรับประทานยาทั้ง 2 ตัวดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านการทำงานของจิตประสาท การนอนหลับ ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้อายุยาวนานขึ้นถึงประมาณ 14 ปีเป็นอย่างมาก

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มักพบความบกพร่องในด้านความจำ ภาษา ทักษะ ความรู้สึก ความใส่ใจ ทักษะการตีความ การรู้กาลเทศะและบุคคล การแก้ปัญหา และความสามารถในการทำหน้าที่ความเครียด ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้ยากลำบากขึ้น การได้รับยาทั้ง Rivastigmine และ Galantamine จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ดีขึ้นเช่น ชะลอตัวของการสูญเสียความทรงจำ ปรับปรุงการทำงานกับความรู้ความเข้าใจ ช่วยให้คนที่ทุกข์ทนมานานอนไม่หลับสามารถหลับได้เร็วขึ้นและเพลิดเพลินกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของการนอนหลับ ทำให้เพิ่มศักยภาพในการนอนหลับ พร้อมกันนี้ควรมีกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางปัญญาเช่น อ่านหนังสือ เล่นหมากรกระดาน เล่นดนตรี ตามที่ ชูติมา ทองวชิระ (บทคัดย่อ: 2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดสองแนวคิดได้แก่ แนวคิดในการใช้ดนตรีบำบัดของ Gardner (1997) และแนวคิดในการจัดการสิ่งแวดล้อม

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะของสมองเสื่อมของ Hall (1988) พบว่า พฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดดังกล่าว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผสมผสานกับการออกกำลังกาย และรับประทาน อาหารครบทุกหมู่ การบำบัดและดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งมักจะเป็นญาติหรือคู่สมรส อาจจะช่วยชะลอความรุนแรงของ โรคอัลไซเมอร์ได้ การพูดได้หลายภาษาก็อาจจะชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้เนื่องจากต้องใช้ความจำ ความคิด ความอ่าน ผสมผสานกัน นอกจากนี้ควรปรับเปรียบสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและวิถีชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้นและช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ดีขึ้น

การเอาใจใส่ดูแลเรื่อง การรับประทานยาอย่างตรงเวลาคือ สิ่งที่สำคัญในการชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์พร้อมกันนี้การดูแลที่ใกล้ชิดและอบอุ่นจะเป็นการเพิ่มความสุขและสภาวะอารมณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่สร้างความสดชื่นเบิกบานให้กับผู้ป่วยบางครั้งควรนำผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกสถานที่เพื่อสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้ป่วยเป็นครั้งคราว การรับประทานอาหารพวกผักและผลไม้ ข้าวสาลี ธัญพืช ปลา และไวน์ สามารถลดช่วงเวลาการเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ยา Rivastigmine ยา Galantamine

Abstract

Research on the subject of “The comparison on the quality of life in patients with Alzheimer’s disease: before and after the treatment of Rivastigmine and Galantamine in Thailand 2017.” The research objectives were as follows. 1. To conduct the comparison study on quality of life in patients with Alzheimer’s disease: before and after the treatment of Rivastigmine and Galantamine in Thailand 2017. 2) To study the quality of life in patients with Alzheimer’s disease before and after the treatment of Rivastigmine and Galantamine in Thailand 2017 3) To study on quality of life development in patients with Alzheimer’s disease after the treatment of Rivastigmine and Galantamine in Thailand 2017.

This study adopted the Qualitative research method. The key informants of this research were the care-takers for patients with Alzheimer’s disease in the public hospital in Bangkok and Chonburi. Their in-depth interview was used by the researcher decided to use 30 key informants in which divided into 15 patients with Alzheimer’s disease who were treated by Rivastigmine and another 15 patients with Alzheimer’s disease who were treated by Galantamine.

Overall, the research found that Rivastigmine treatment can enhance the condition of sleep, emotional wellbeing, attention, memory, lower depression or emotional depression in which might be better than the result from Galantamine treatment. However, Rivastigmine normally found with Nausea, vomiting, frequent defecation or patch pulling off by the patient. While Galantamine treatment found without any side effect. Thus, taking both drugs helped developing better quality of life in patients on their physical, social, psychological processing, sleeping as well as extending their life time up to 14 years at most.

The patients with Alzheimer’s disease usually found to have malfunction in memory, language, skills, feelings, attention, interpretation skills, awareness on appropriateness and person, problem solving and ability to form stress in which led to more difficult in the daily life of patients. Receiving both Rivastigmine and Galantamine would help the patients to have better living such as the slower of memory loss, improving the functions and knowledge and understanding that would help those suffering from sleepless to sleep faster and please with their better quality of life from sleeping and increasing the sleeping potential. Together, there shall be the activities to use the intellectual skills such as reading, play

chess, and play music. According to Chutima Thongwachira (Abstract:2010) who studied on the result of medical treatment by using music and environmental arranging toward the nervous behavior of elderly with Dementia, it was found that this semi experimental research aimed to study on the result of medical treatment with music and environmental arranging toward the nervous behavior of elderly with Dementia. This study adopted two concepts of music therapy by Gardner (1997) and environmental arranging toward the nervous behavior of elderly with Dementia of Hall (1988). It was found that the nervous behaviors had reduced since joining into the therapy, social engagement, together with exercising and have all groups of nutrients diet, the therapy and care taking of patients. Especially the roles of care takers who usually were the cousin or couple that can help lower the violence of Alzheimer's disease. Speaking many languages may slower the occurrence of Alzheimer's disease since it required memorizing, thinking, and reading altogether. Besides, it required to adjust the living environment and way of life to help the patient safer and reduce the burdens of care taker.

Caring on punctual drug taking time was necessary to slower the Alzheimer's disease. Also, close and warm caring would add more happiness and emotional wellbeing to the patients as well as adjusting the living environment to add the lively for them and sometimes bringing them outside would amuse the patients. In addition, having vegetables and fruits, wheat, grains, fish and wine could also reduce the time in Alzheimer condition.

Keywords: Quality of life, elderly with Alzheimer's disease, Rivastigmine, Galantamine

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย	11
นิยามศัพท์เฉพาะ	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ	14
แนวคิดเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาความผิดปกติจากการเสื่อมของระบบประสาทกลาง	24
แนวคิดเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์	26
แนวคิดเกี่ยวกับยาไรวาสติกมีน(Rivastigmine)	51
แนวคิดเกี่ยวกับยากาแลนตามีน (Galantamine)	55
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	63
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	77
กรอบแนวคิดในการวิจัย	89
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	92
ผู้ให้ข้อมูลหลัก	92
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	92
การเก็บรวบรวมข้อมูล	93
ข้อมูลและแหล่งข้อมูล	94
การวิเคราะห์ข้อมูล	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	96
ผลการศึกษา	97
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	278
สรุปผลการศึกษา	279
อภิปรายผล	286
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	287
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	287
เอกสารอ้างอิง	288
ภาคผนวก	297
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสัมภาษณ์)	298
ประวัติผู้วิจัย	324

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต	73
ตารางที่ 2	เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF	75
ตารางที่ 3	สรุปมิติที่มีอยู่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป	76

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	ขั้นตอนของการเกิดพยาธิสภาพในโรคอัลไซเมอร์	28
ภาพที่ 2	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ ใช้ยา Rivastigmine	90
ภาพที่ 3	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ ใช้ยา Galantamine	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 -2583 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี พ.ศ. 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้นแต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้นโยบาย หรือองค์กรใดๆ ก็ตามจำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยเรื่องหลัก ๆ 4 เรื่องคือ ระบบบริการสุขภาพ หลักประกันเศรษฐกิจ การเตรียมพร้อมสำหรับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อม การเคหะแห่งชาติจึงมีโครงการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ความจำเป็นดังกล่าวย่อมเป็นปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างดีและ (วรเดช จันทรศร, 2551) กล่าวว่านโยบายสาธารณะเป็นเสมือนกลไกหลักสำคัญในการดำเนินของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐทุกแห่ง ด้วยเหตุที่นโยบายเป็นกิจกรรมต่างๆ เพื่อเจตนาในการแก้ปัญหา นโยบายสาธารณะสุขเป็นนโยบายหนึ่งแห่งรัฐด้านกิจกรรมการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีมาตรฐาน ได้รับการตอบสนองปัจจัยสี่เป็นการกระจายรายได้ เป็นการปลูกจิตสำนึกไม่ให้ทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางจิตใจ จากสภาพปัญหา ความต้องการในปัจจัยด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์และได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจทำให้ชีวิตมีสุขผลแห่งการได้รับเรื่องราวเหล่านั้นและได้วิ่งผ่านเข้ามาในชีวิตทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และเกิดการเรียนรู้ตามมาเลือกสิ่งที่ดีเหมาะสมกับตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเกิดความผาสุกด้านจิตใจเพราะการรับรู้ (Perception) นั้นเป็นกระบวนการแปลหรือตีความต่อสิ่งเร้า ข่าวสาร ที่ผ่านอวัยวะสัมผัสทั้งหลายและสมองทำหน้าที่เก็บข้อมูลนั้นไว้ กระบวนการรับรู้ของมนุษย์เริ่มต้นด้วยการสัมผัส (Sensation) และเกิดการเรียนรู้ต่อไป นักวิจัย เช่น (จิราพร เกศพิชญ และคณะ, 2543) กล่าวว่า ความผาสุกทาง

ใจเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ ของบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม ถ้าหากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ออกไปนอกร้านเกิดความเครียด จึงจัดการความเครียดโดยใช้วิธีการทำใจปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา การจัดการความเครียดได้สำเร็จสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจนั้นหมายถึงขจัดความเครียดไม่ได้ ทำให้เกิดความเหงา ความหว่านหว่ เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้าแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ในที่สุด สำหรับในประเทศไทยปี พ.ศ. 2533 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.40 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด สาเหตุเกิดจากภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์นี้จึงเป็นวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรงของผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ปัญหาข้างต้นคือการส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพจิต โดยการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่าเกิดความผาสุกทางใจ (ปัญญาภัทร ภัทรภินทากุล, 2544)

ภายใต้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากร ความผันผวนของสังคมสิ่งแวดล้อม แม้กระทั่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี แต่ยังคงแสดงออกทางด้านภาษา ความเป็นอยู่ อาหารการกิน การประกอบอาชีพเกษตรกรรมความเชื่อ ค่านิยมประเพณีดั้งเดิม ปัจจัยดังกล่าวนี้บ่งบอวยังมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุก โดยพึงพอใจต่อความเป็นอยู่การดำเนินชีวิตจึงอยู่ได้นานคืออายุยืนยาว

ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง นับได้ว่าเป็นยาซึ่งมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของทุก ๆ คน จากการที่ยากลุ่มนี้มีผลกระทบต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา รวมทั้งมีผลต่ออารมณ์และจิตใจ ทำให้สามารถนำมาใช้รักษาโรคต่าง ๆ ทางระบบประสาทได้หลายชนิด การศึกษาเกี่ยวกับยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลางนั้นนอกจากจะช่วยในการค้นคว้าหายาที่เหมาะสมสำหรับแก้ไขพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นภายในสมองแล้ว ยังมีส่วนทำให้สามารถเข้าใจถึงกลไกการทำงานของระบบประสาทกลางได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

หลักการของการจัดการของสมอง (Organizational Principles of the Brain) สมองจัดได้ว่าเป็นอวัยวะที่เกิดจากการผสมผสานและเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันของระบบประสาทซึ่งสามารถปรับและควบคุมการทำงานทั้งของระบบตัวเองและระบบอื่น ๆ ได้อย่างสลับซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการแบ่งส่วนสมองตามลักษณะทางกายวิภาคสามารถช่วยในการแบ่งกลุ่มการทำงานของสมองได้

1) ฟังก์ชันแบบมหภาคของบริเวณต่าง ๆ ในสมอง (Macrofunctions of brain regions)

1.1) ซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (Cerebral cortex) หรือเปลือกสมองใหญ่ ซีรีบรัลคอร์เท็กซ์หรืออาจเรียกสั้น ๆ ว่าคอร์เท็กซ์เป็นส่วนใหญ่ที่สุดของสมอง ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้ อีก

หลายส่วนเช่น ส่วนหน้าผากหรือฟรอนทัล (frontal) ส่วนขมับหรือเทมโปรัล (temporal) ส่วนผนังหรือพาริอีทัล (parietal) และส่วนท้ายทอยหรืออ็อกซิปีทัล (occipital) สมอสมองคอร์เท็กซ์เป็นบริเวณที่จะบริหารจัดการข้อมูลจากประสาทสัมผัสต่าง ๆ ให้เกิดเป็นระบบการทำงานแบบขั้นสูง เช่น ความนึกคิดที่เป็นนามธรรม (abstract thought) ความจำ (memory) และความรู้สึกตัว (consciousness) นอกจากนี้คอร์เท็กซ์ยังมีความสำคัญในการประสานและจัดการเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) รวมทั้งการทำงานอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด (cardiovascular system) และระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system) เป็นต้น

1.2) ระบบลิมบิก (Limbic system) ในระบบลิมบิกของสมองประกอบด้วยเนื้อสมองส่วนย่อย ๆ หลายส่วน ได้แก่ ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) กลุ่มอะมิกดาลอยด์ (amygdaloid complex) ส่วนผนังกั้นหรือ septum ฮัยโปธาลามัส (hypothalamus) กลีบสมองส่วนรูกลิ่นหรือ olfactory lobe กลีบสมองส่วนที่คล้ายรูปชมพูหรือ pyriform lobe บาซาลแกงเกลีย (basal ganglia) และบางส่วนของธาลามัส (thalamus) สมอสมองส่วนลิมบิกนี้จะมีหน้าที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน โดยจะเป็นส่วนสำคัญในการประสานสภาวะอารมณ์ (emotional state) เข้ากับการเคลื่อนไหวและการทำงานของอวัยวะภายใน

ระบบลิมบิกยังมีส่วนร่วมในหน้าที่เฉพาะเจาะจงบางอย่างอีกด้วย เช่น บาซาลแกงเกลียหรือนีโอสเตรียตัม (neostriatum) ซึ่งรวมคอร์เทกนิวเคลียส (caudate nucleus) พิวทามเมน (putamen) กลอบัสพัลลิดัส (globus pallidus) และเลนติฟอร์มนิวเคลียส (lenticular nucleus) จะรวมเป็นส่วนสำคัญในระบบการเคลื่อนไหวเอ็กซ์ตราไพรามิดัล (extrapyramidal motor system) ซึ่งช่วยเสริมการทำงานของระบบการเคลื่อนไหวไพรามิดัล (pyramidal) ในกรณีที่มีการทำลายของสมองในส่วนเอ็กซ์ตราไพรามิดัล จะพบว่าเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวดังเช่นที่พบในโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ได้แก่มีอาการสั่น (tremors) และแข็งเกร็ง (rigidity) และในโรค Huntington ซึ่งมีลักษณะการเคลื่อนไหวของอวัยวะบางส่วนที่ไม่สามารถควบคุมได้

ส่วนฮิปโปแคมปัสก็มีความสำคัญต่อความจำ เมื่อเกิดมีการทำลายของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ดังเช่นที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียความจำของบุคคลดังกล่าว

ธาลามัสซึ่งอยู่ในบริเวณส่วนกลางของสมองใต้คอร์เท็กซ์และบาซาลแกงเกลีย จะเป็นส่วนที่ส่งความรู้สึกเข้าสู่คอร์เท็กซ์ นอกจากนี้ยังมีส่วนในการควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในอีกด้วย ถ้าหากเกิดการทำลายของสมองส่วนนี้อาจทำให้เกิดการกลืนไม่ได้ (aphagia) และมีความ

ผิดปกติของการรับความรู้สึก (sensory) ทั้งนี้เนื่องจากชาลามัสเป็นสมองส่วนสำคัญที่จะรับสัญญาณจากใยประสาทรับความรู้สึก (sensory fiber) เพื่อส่งเข้าคอร์เท็กซ์ต่อไป

สำหรับสมองส่วนฮิปโปทาลามัสจะเป็นส่วนหลักในการประสานการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติกับหน้าที่อื่น ๆ เช่น การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การหลั่งฮอร์โมนหลาย ๆ ชนิด การนอนหลับ การเกิดอารมณ์ เป็นต้น

1.3) สมองส่วนกลางและก้านสมอง (Midbrain and brainstem) ได้แก่ สมองส่วนมีเซนเซฟฟาโลน (mesencephalon) พอนส์ (Pons) และก้านสมองส่วนท้ายหรือ medulla oblongata ซึ่งจะเชื่อมต่อระหว่างสมองส่วนคอร์เท็กซ์และชาลามัส-ฮิปโปทาลามัสเข้ากับไขสันหลัง (spinal cord) บริเวณนี้จะพบ reticular activating system ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการนอนหลับ และความตื่นตัว (arousal) บริเวณนี้ยังเป็นจุดสำคัญในการเกิดรีเฟล็กซ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด และระบบหายใจ เป็นต้น

1.4) สมองน้อยหรือซีรีเบลลัม (Cerebellum) เป็นสมองส่วนที่มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการทรงตัว นอกจากนี้ยังมีส่วนควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อรักษาการไหลเวียนของเลือดเมื่อเปลี่ยนแปลงท่าทาง

1.5) ไขสันหลัง (Spinal cord) ภายในไขสันหลังจะมีเซลล์ประสาทและวิถีประสาท (tracts) จำนวนมากมาย ซึ่งจะมีข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ และอวัยวะภายใน โดยประสาทกับประสาทบังคับการเคลื่อนไหว (motor neurons) และส่งสัญญาณประสาทไปสู่สมองส่วนบน พร้อมทั้งรับสัญญาณกลับจากสมองส่วนบนด้วย

2) โครงสร้างระบบเซลล์ของสมอง (Cellular structure of the brain) โดยทั่วไปแล้วในสมองของมนุษย์เราจะมีเซลล์ประสาทอยู่ประมาณ 10 เซลล์ เซลล์ประสาทเหล่านี้จะมีการเชื่อมโยงสื่อสารกันอย่างสลับซับซ้อน โครงสร้างของเซลล์ประสาททั่วไปจะประกอบด้วยตัวเซลล์ (cell body) แกนประสาทนำออก (axon) และใยประสาทนำเข้า (dendrites) เซลล์ประสาทส่วนมากจะมีแกนประสาทนำออกเพียง 1 แกน โดยส่วนใหญ่จะถูกห่อหุ้มด้วยชั้นไมอีลิน (myelin sheath) แกนประสาทนำออกจะมีหน้าที่นำสัญญาณจากเซลล์ต้นกำเนิดไปสู่เซลล์อื่น โดยติดต่อสื่อสารกันที่บริเวณปลายแกนประสาทนำออก (axon terminals) ซึ่งเรียกว่า terminal boutons ส่วนใยประสาทนำเข้าเป็นส่วนที่ยื่นออกจากเซลล์ประสาทเพื่อที่จะรับสัญญาณเซลล์ประสาทอื่น ๆ ส่วนใหญ่แล้วใยประสาทนำเข้าไปมีการแตกแขนงทำให้เกิดเป็นสนามใยประสาทนำเข้า (dendritic field) ที่สลับซับซ้อน

เซลล์ประสาทจะมีลักษณะทางวิทยาเซลล์เป็นเซลล์แบบที่มีฤทธิ์ค้ำหลังสูง นั่นคือมีนิวเคลียส (nucleus) ใหญ่ มีจำนวนของ smooth และ rough endoplasmic reticulum มาก และมักจะมี

พบ Golgi apparatus ซึ่งเป็นบริเวณที่สารคัดหลั่งชนิดต่าง ๆ ถูกนำมาบรรจุอยู่ในรูปของอวัยวะเซลล์ที่จับอยู่กับเยื่อ (membrane-bound organelles) พร้อมทั้งจะขนส่งออกนอกเซลล์ เชื่อว่าถุงเล็กที่รอยประสานประสาท (synaptic vesicles) ก็ถูกสร้างจาก Golgi apparatus แล้วจึงถูกขนส่งไปสู่ปลายแกนประสาทนำออก

ภายในเซลล์ประสาทและส่วนที่ยื่นออกจากเซลล์ประสาทจะมีหลอดฝอย (microtubules) อยู่เป็นจำนวนมาก หลอดฝอยเหล่านี้มีหน้าที่ในการช่วยรักษาโครงสร้างของแกนประสาทนำออกและใยประสาทนำเข้า การรักษาโครงสร้างของเซลล์นั้นจะเกิดจากการที่มีโครงข่ายของโปรตีนเส้นใย รวมทั้งโปรตีน fodrin ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อสมอง โดยจะเชื่อมต่อกับหลอดฝอยกับเยื่อพลาสมา นอกจากนี้หลอดฝอยยังมีส่วนช่วยในการขนส่งสารโมเลกุลใหญ่ (macromolecules) และอวัยวะเซลล์ต่าง ๆ ภายในตัวเซลล์และแกนประสาทนำออกหรือใยประสาทนำเข้าอีกด้วย

ภายในสมองยังสามารถพบเซลล์จำพวกที่เรียกว่า เซลล์เกลีย (glia cells หรือ neuroglia) ซึ่งจะอยู่ล้อมรอบเซลล์ประสาท เซลล์เกลียจะมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเซลล์ประสาทโดยทั่วไป นั่นคือเยื่อเซลล์ของเซลล์เกลียจะไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า โดยปกติแล้วสมองจะประกอบด้วยเซลล์เกลียประมาณเกือบครึ่งของปริมาตรทั้งหมด ทั้งนี้เซลล์เกลียจะมีหน้าที่ในการแยกเซลล์ประสาทและช่วยส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของเซลล์ประสาทด้วย โดยทั่วไปแล้วเซลล์เกลียอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะรูปร่างรวมทั้งบทบาทหน้าที่ ได้แก่ เซลล์เกลียที่มีขนาดใหญ่กลุ่ม microglia และเซลล์เกลียที่มีขนาดเล็กกลุ่ม microglia ทั้งนี้ microglia ยังสามารถแยกออกได้เป็นหลายชนิดตามลักษณะรูปร่างและหน้าที่ เช่น เซลล์ astrocyt, oligodendrocytes และ opendymal

เซลล์ astrocyte จะมีรูปร่างคล้ายดาว เนื่องจากมีส่วนที่ยื่นของเซลล์ในลักษณะแคบ ๆ ยาว ๆ ออกไปสัมผัสกับหลอดเลือดฝอย (capillaries) และเซลล์ประสาท เชื่อว่าเซลล์ astrocyte จะมีหน้าที่สำคัญ ๆ หลายประการ เช่น (1) ช่วยในการนำสารอาหารจากเลือดไปสู่เซลล์ประสาท (2) ช่วยในการกำจัดสารส่งผ่านประสาท (neurotransmitter) หลังจากที่ถูกหลั่งออกมาจากปลายประสาท โดยอาศัยกระบวนการขนส่งแบบกัมมันต์ (active transport) (3) เป็นแหล่งสำคัญในการให้สารตั้งต้น (precursors) สำหรับสร้างสารส่งผ่านประสาท และ (4) ช่วยบัฟเฟอร์ (buffer) เซลล์ประสาท เนื่องจากเซลล์ประสาทต้องพบกับไอออน โปแตสเซียมความเข้มข้นสูง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากการเกิด depolarization เซลล์ oligodendrocyte เป็นเซลล์ซึ่งมีส่วนยื่นที่ก่อให้เกิดเป็นไมอีลินล้อมรอบแกนประสาทนำออกของเซลล์ประสาทในลักษณะเดียวกับที่เซลล์ Schwann หุ้มแกนประสาทนำออกของเซลล์ประสาทในระบบประสาทรอบนอก (peripheral nervous system) ไมอี

ลินที่หุ้มรอบแกนประสาทนำออกจะมีลักษณะเป็นปล้อง โดยมี nodes of Ranvier เป็นตัววาง และมีความสำคัญในการทำให้การนำส่งสัญญาณประสาทผ่านแกนประสาทนำออกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับเซลล์ ependymal เป็นเซลล์ซึ่งเรียงตัวอยู่ที่ผิวหน้าด้านในของ ventricles โดยทำหน้าที่ร่วมกับเซลล์เกลียอื่นในการแลกเปลี่ยนสารกับน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) เซลล์ microglia เป็นเซลล์ซึ่งมีขนาดเล็ก ทำหน้าที่คล้ายเซลล์ macrophage ของสมอง โดยจะมีหน้าที่กำจัดซากเซลล์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการทำลายเซลล์ประสาท

นอกจากหน้าที่ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีข้อมูลทำให้เชื่อได้ว่าเซลล์เกลียมีส่วนสัมพันธ์กับกระบวนการในการเกิดการอักเสบเฉพาะที่ภายในสมองอีกด้วย ซึ่งนับว่ามีความสำคัญต่อการเกิดโรคที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท (neurodegenerative diseases) ตัวอย่างเช่น โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น นอกจากนี้การที่มีจำนวนของเซลล์ microglia และเซลล์ microglia เพิ่มขึ้นหรือที่เรียกว่าเกิดภาวะ gliosis ยังมักพบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำลายเนื้อเยื่อสมองและการเกิดเนื้อเยื่อรอยโรค (scar tissue) อีกด้วย

3) ความยืดหยุ่นของเซลล์ประสาท (Neuronal plasticity) ความยืดหยุ่นของเซลล์ประสาท นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวของระบบประสาท ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจำนวนมากทำให้เชื่อได้ว่า ความยืดหยุ่นของเซลล์ประสาทอาจเกิดได้ทั้งในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และทางสัณฐานวิทยา (morphology) ทำให้อาจพบการเปลี่ยนแปลงของส่วนที่ยื่นของเซลล์ และ/หรือปริมาณของสารส่งผ่านประสาทที่หลั่งออกจากปลายประสาท นอกจากนี้ความยืดหยุ่นของเซลล์ประสาทยังแสดงออกที่ระดับของตัวรับ (receptor) ของสารส่งผ่านประสาท ซึ่งอยู่ที่เยื่อเซลล์ได้ด้วย โดยพบว่าความหนาแน่นของตัวรับและสัมพรรคภาพ (affinity) ของตัวรับต่อสารส่งผ่านประสาท อาจเปลี่ยนแปลงไปตามระดับการทำงานของเซลล์ประสาท

ในปัจจุบันนี้ยังมีข้อมูลที่แน่ชัดแล้วว่าความยืดหยุ่นของเซลล์ประสาททำให้เกิดเซลล์ประสาทใหม่ได้แม้ในช่วงโตเต็มวัย (adult neurogenesis) รวมทั้งพบการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของใยประสาทนำเข้า (dendritic remodeling) ได้ คุณสมบัติที่เซลล์ประสาทมีความยืดหยุ่นนี้ นับว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการปรับตัวของระบบประสาทต่อสิ่งแวดล้อม และการเกิดโรคทางระบบประสาทหลาย ๆ อย่าง

4) ชีววิทยาระดับเซลล์ของเซลล์ประสาท (Cell biology of neurons) เซลล์ประสาทจัดเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญของระบบประสาทกลาง โดยจะนำสัญญาณไฟฟ้าจากสนามใยประสาทเข้าไปสู่ปลายประสาท ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยเกิดการก่อกัมมันต์ (activation) ของช่องทางโซเดียมชนิดที่ถูกควบคุมโดยความต่างศักย์ (voltage-gated sodium channels) ทำให้ไอออนโซเดียมเข้าสู่ภายในเซลล์ และไอออนโปแตสเซียมออกสู่ภายนอกเซลล์ เซลล์ประสาทจะนำสัญญาณไฟฟ้าไปสู่เซลล์อื่นโดย

การผ่านทางบริเวณรอยประสานประสาท (synapse) หรือไม่ผ่านก็ได้ ตัวอย่างของการนำสัญญาณไฟฟ้าไปสู่เซลล์อื่นโดยไม่ผ่านทางบริเวณรอยประสานประสาท ได้แก่ การสื่อสารผ่านทางรอยต่อระหว่างเซลล์ที่เรียกว่า gap junction อย่างไรก็ตามรูปแบบของการสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทที่พบมากที่สุดได้แก่การสื่อสารโดยใช้สารส่งผ่านประสาทซึ่งเกิดที่บริเวณรอยประสานประสาท การนำสัญญาณภายในเซลล์ประสาทซึ่งเกิดแบบกระแสไฟฟ้านั้นจะเกิดโดยมีการแพร่กระจายของศักย์กิริยา (action potential) ไปตามแกนประสาทนำออก จนกระทั่งถึงบริเวณที่จะมีการหลั่งสารส่งผ่านประสาท ซึ่งเรียกว่า terminal bouton การเกิด depolarization ที่บริเวณนี้จะทำให้มีการก่อกัมมันต์ของช่องทางแคลเซียมชนิดที่ถูกควบคุมโดยความต่างศักย์ (voltage-gated calcium channel) ทำให้ไอออนแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ประสาทและเริ่มกระบวนการของการหลั่งสารส่งผ่านประสาท ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ โปรตีนพิเศษหลายตัวที่สามารถจับกับไอออนแคลเซียมได้ ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารส่งผ่านประสาทโดยกระบวนการ exocytosis (จินตนา สัตยาศัย, 2555 : 1-7)

ปัจจุบันมีการนำยาใหม่มาใช้รักษาโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์หลายชนิด แม้ว่าผลการรักษายังไม่ดีเท่าที่ควร แต่ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก มักจะพบว่าอาการต่างๆ ของโรคดีขึ้นเป็นลำดับ (สืบค้นใน <http://www.bangkokhealth.com/health/article>, 4 พฤษภาคม 2560)

1. ยาที่ชื่อ Donepezil ใช้ในการรักษาโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ชนิดไม่รุนแรง ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มระดับของสารเคมีชื่อ acetylcholine ในสมอง ประสิทธิภาพของยานี้ที่ผ่านมาช่วยให้อาการหลงลืมของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งความผิดปกติทางด้านอารมณ์และการนึกคิด อย่างไรก็ตามยังไม่ใช่ยาที่รักษาให้อาการสมองเสื่อมหายขาด ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเป็นมาก อาจไม่ได้ผลในการรักษาเท่าที่ควร อีกประการหนึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่าเมื่อหยุดยา อาการที่ดีขึ้นอาจกลับเลวลงได้ เนื่องจากสมดุลของสารเคมีในสมองและระบบประสาทส่วนกลางกลับไปสู่สภาพเดิมก่อนการรักษา

2. การใช้ยาต้องกินต่อเนื่อง มักไม่เห็นผลในเวลาอันรวดเร็ว เช่นเดียวกับชนิดอื่นๆ ที่จัดอยู่ในกลุ่ม anticholinesterase agent เหมือนกัน เช่น galantamine, rivastigmine, และ tacrine ข้อดีของยานี้คือไม่มีผลข้างเคียงต่อดับ ไม่ต้องตรวจเลือดเพื่อตรวจสอบการทำงานของตับ และเป็นยาที่กินเพียงวันละหนึ่งครั้ง ตอนเย็นหรือก่อนนอน ช่วยให้เกิดความสะดวกมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ประการสำคัญคือควรติดตามผลการรักษาด้วยแบบประเมินที่เรียกว่า Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS cog) ซึ่งจะช่วยให้แพทย์วางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ยาที่ชื่อ Galantamine เมื่อใช้ในขนาด 8–16 mg วันละสองครั้ง พบว่าได้ผลดีพอสมควร จัดอยู่ในกลุ่ม anticholinesterase inhibitors เช่นกัน มีทั้งชนิดเม็ดและชนิดน้ำ ใช้รับประทานวันละสองครั้ง เช้า-เย็น พร้อมอาหารช่วยลดอาการกระหายและท้องอืดได้ ขนาดยาที่น้อยที่สุดคือ 4 mg วันละสองครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ต้องระมัดระวังขนาดยาในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับและโรคไต ไม่ควรใช้เกินวันละ 16 mg

4. Rivastigmine เป็นยาอีกชนิดหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรค Alzheimer's disease จากการศึกษาพบว่าในขนาดสูงวันละ 6-12 mg ได้ผลดีกว่าขนาด 1-4 mg ต่อวัน รับประทานวันละสองครั้ง และไม่ควรรานพร้อมอาหาร เนื่องจากการดูดซึมยาจะลดน้อยลงไปมาก และก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้บ่อยกว่า การใช้ยานี้นิยมใช้วิธีเพิ่มขนาดยาทีละน้อย โดยติดตามจากผลการรักษาเป็นหลัก

5. ยาที่ชื่อ Tacrine เป็นยาในกลุ่ม cholinergic neurotransmitter replacement เช่นเดียวกัน แนวโน้มปัจจุบันจะใช้นี้ในขนาดที่สูงขึ้น อาจสูงถึงวันละ 120–160 mg บางการศึกษาใช้ร่วมกับ lecithin (phosphatidylcholine) พบว่าผลการรักษาดีขึ้นบ้าง แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ และต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอีกบางส่วน ยานี้ระคายกระเพาะค่อนข้างมาก ควรกินก่อนอาหารประมาณหนึ่งชั่วโมง และมีผลต่อการทำงานของตับ จำเป็นต้องตรวจเลือดทุกสัปดาห์ หากพบว่ามีอาการเพิ่มขึ้นของเอ็นไซม์ตับ อาจต้องหยุดยา หรือเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดอื่นแทน

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดให้ใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness) เป็นดัชนีชี้วัดความเจริญของประเทศแทนที่จะใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products) ในขณะที่ประเทศไทยได้มีความพยายามใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เมื่อครั้งที่เข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ.2549 ที่จะพัฒนาประเทศโดยพิจารณาจากความสุขมวลรวมประชาชาติมากกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ

สำหรับนิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนตายตัว แต่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” หมายถึง “มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา” (WHOQOL Group, 1994) ตัวอย่างเช่น คนคนหนึ่งอาจให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงานและการหาเงินเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตของเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัยมากกว่า หรือผู้สูงอายุอาจจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับครอบครัวและความศรัทธาต่อศาสนา

มากกว่าคนอ่อนวัย และบุคคลที่อยู่ในสังคมที่แตกต่างกันจะให้ความสำคัญต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตแตกต่างกัน เช่น คนในสังคมตะวันตกอาจให้ความสำคัญต่อความสำเร็จในหน้าที่การงาน แต่คนในสังคมตะวันออกอาจเห็นความสำคัญของการได้อยู่กับครอบครัวมากกว่าการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน และนอกจากนี้สำหรับสังคมไทย คนไทยให้ความสำคัญต่อสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นอย่างมาก จะสังเกตได้ว่าเมื่อมีงานพระราชพิธีเฉลิมฉลองของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คนไทยมีความสุขโดยรวมมากขึ้น จากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามไว้ นอกจากคำนิยามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแล้ว ยังมีผู้ให้คำนิยามอื่น ๆ อีก เช่น ความพึงพอใจในชีวิตหรือความสุขของชีวิต (life satisfaction or happiness) (Campbell A, Converse P, Rogers WL, 1976) (พรรณทิพา สักดิ์ทอง, 2554 : 1-2)

สุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) จึงมีความจำเป็น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกและการรอดชีพ (survival) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือการประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) (Bungay KM, Boyer JG, Steinwald AB, Ware JE, 1996) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติ (dimension หรือ domain) ทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป นอกจากมิติหลักที่กล่าวมาแล้ว ยังมีมิติอื่น ๆ อีก เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการของโรคต่าง ๆ

แนวคิดของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสอดคล้องกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) และการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของเขา (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค (disease) และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดหรือนิยามของคำว่าสุขภาพที่ให้โดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ” (health) คือ “การมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค” (World Health Organization, 1948)

นอกจากนี้ บางครั้งมีผู้ใช้คำว่า patient-reported outcomes (PROs) แทนคำว่า คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงคำทั้งสองมีความหมายแตกต่างกัน โดยที่ patient-reported outcomes มีความหมายกว้างกว่า คือรวมอาการของโรค (symptoms) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา (adherence to care) (อ้างถึง ใน พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 4) และความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย (patient satisfaction with care) ทั้งนี้ PROs ตัวหลัก ๆ ก็คือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 1-4)

การสูงอายุเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แม้ว่าการมีอายุสูงขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ฟันหลุดหมดแล้วต้องใส่ฟันปลอม หรือเริ่มมีความจำเสื่อม อย่างไรก็ตาม การเข้าสู่วัยสูงอายุจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เซวาน์ปัญญา ระดับสุขภาพจิตกรรมพันธุ์หรือยีน ทักษะสติของแต่ละบุคคล ความสามารถในการจัดการกับความเครียดและความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (Needham, 1993)

จากการประชุมสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา เมื่อปี พ.ศ.2525 ได้มีมติว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534) หลังจากนั้นประเทศไทยได้ยึดหลักเกณฑ์นี้ในการแบ่งวัยสูงอายุจากวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งใช้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุของข้าราชการไทย ที่อายุ 60 ปีเช่นกัน ต่อมาพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตราที่ 3 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547 : 2)

อย่างไรก็ตามในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปีขึ้นไป จึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้ค่อนข้างสูง ประกอบกับหลังเกษียณแล้วผู้สูงอายุยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีก 40 ปี และในผู้สูงอายุแต่ละคนก็มีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปี ย่อมมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยและนักสถิติ (American Nurse Association, McClymont et., 1991) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554 : 2-3)

ช่วงอายุ 65-74 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (early old age), “younger-age” หรือ “young-old”

ช่วงอายุ 75-84 ปี คือ ผู้สูงอายุกลาง (middle old age), “old-age” หรือ “old-old” หรือ “old-elderly”

ช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (late old age), “The very old”

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 3) เพื่อศึกษาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งประกอบด้วย

1.1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ประกอบด้วยตัวยาละ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ
- 2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน
- 3) ด้านสติปัญญา
- 4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ
- 5) ด้านช่วยลดความเครียด
- 6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว
- 7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและ

ข้อเท็จจริง

- 8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต
- 9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล
- 10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน

1.2 ผลกระทบ ก่อนและหลัง ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวยาละ 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านปวดศีรษะ
- 2) ด้านคลื่นไส้
- 3) ด้านวิงเวียน
- 4) ด้านท้องร่วง

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลัง ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ประกอบด้วยตัวยาละ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจ
- 3) ด้านสังคม
- 4) ด้านเพศ
- 5) ด้านจิตประสาท
- 6) การนอน
- 7) การปวด
- 8) ด้านผลิตภาพ
- 9) ด้านจิตวิญญาณ
- 10) ความผาสุกโดยรวม

1.4 พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ จะศึกษาเฉพาะพื้นที่โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine จำนวน 15 คน และยา Galantamine จำนวน 15 คน รวมจำนวน 30 คน

3. ขอบเขตด้านเวลา ได้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน 2560 – เดือนมีนาคม 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ระบบประสาทส่วนกลาง หมายถึง ระบบประสาทที่มีลักษณะสำคัญคือมีการเชื่อมของเซลล์ประสาทในบริเวณที่เฉพาะเจาะจงของสมอง
2. โรคอัลไซเมอร์ หมายถึง เป็นโรคซึ่งมีความพร่องของความสามารถในการเรียนรู้ โดยอาการจะค่อย ๆ เริ่มและก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ อาการที่มักพบเริ่มแรกได้แก่ มีความพร่องหรือสูญเสียความจำระยะสั้นในขณะที่ความจำระยะยาวยังคงมีอยู่อย่างดี
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย
4. ยา Rivastigmine หมายถึง เป็นยาที่มีผลยับยั้งทั้ง AChE และ BuChE ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1999 ให้ใช้เป็นยารักษาโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการขั้นอ่อนจนถึงปานกลาง
5. ยา Galantamine หมายถึง เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่ม anticholinesterase inhibitors เมื่อใช้ในขนาด 8–16 mg วันละสองครั้ง พบว่าได้ผลดีพอสมควร มีทั้งชนิดเม็ดและชนิดน้ำ รับประทานวันละสองครั้ง เข้า-เย็น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อให้ทราบถึงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 2) เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 3) เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 4) เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการใช้ยา Rivastigmine และยา Galantamine
- 5) เพื่อพัฒนายาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ต่อไป
- 6) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังจากได้รับยาที่มีคุณภาพดีขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่อง“เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560” มีนักทฤษฎี นักวิชาการ และนักปกครองหลายท่านได้ศึกษาและให้ทัศนะไว้มากมาย ในที่นี้จะได้นำเสนอแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาความผิดปกติจากการเสื่อมของระบบประสาทกลาง
3. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์
4. แนวคิดเกี่ยวกับยาไรวาสติกมิน(Rivastigmine)
5. แนวคิดเกี่ยวกับยากาแลนตามีน (Galantamine)
6. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ (Theories of Ageing)

ทฤษฎีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้มาจากการศึกษาวิจัยทางด้านระบบภูมิคุ้มกัน ชีวโมเลกุลและสารโปรตีน (immunology, molecular biology และ protein chemistry) เช่น ทฤษฎีโปรแกรมทางพันธุกรรม (genetic programme theories) และทฤษฎีการทำลายสิ่งแวดล้อม (environmental insult theories) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้ยังไม่มีทฤษฎีใดที่ให้ข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน แต่ละแนวความคิดให้ได้แต่ข้อมูลคร่าว ๆ เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุ (ageing process) ดังนั้นการติดตามผลงานวิจัยที่ออกมาใหม่จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการศึกษาทางด้านผู้สูงอายุ

ทฤษฎีผู้สูงอายุโดยทั่วไป ๆ ไป สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังต่อไปนี้ (Christiansen and Grzybowski, 1993)

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ (biological theories of ageing)
2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุ (psychological theories of ageing)
3. ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ (sociological theories of ageing)

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ (biological theories of ageing)

1.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (auto-immune theory)

โดยปกติแล้วร่างกายจะสร้าง antibodies ในการต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ หรือ antigen ระบบภูมิคุ้มกันนี้จะสร้างโปรแกรมที่จะจำและไม่ทำร้ายเนื้อเยื่อ (tissue) ของร่างกายแต่จะต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ เท่านั้น ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายกลับต่อต้านตนเองเกิดขึ้นเนื่องมาจากร่างกายสูญเสียความสามารถในการแยกแยะระหว่างเนื้อเยื่อของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโปรตีนและสิ่งแปลกปลอม ดังนั้นระบบภูมิคุ้มกันจึงโจมตีและทำลายเนื้อเยื่อของตนเอง และจะเพิ่มความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ

เมื่อมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoimmune disorder) เพิ่มขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยลงของการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ ทำให้การผลิต T-cells ลดลง และ B-lymphocyte (สร้าง antibodies) มีประสิทธิภาพต่ำลงในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามหากสามารถปรับเปลี่ยนระบบภูมิคุ้มกันได้ ก็อาจจะสามารถชะลอกระบวนการสูงอายุลงได้เช่นกัน และอาจจะช่วยลดอัตราการตายและโรคร้ายซึ่งมักจะพบก็คือการติดเชื้อ (infection) หรือโรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง เช่น myasthenia gravis ซึ่งเป็นที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง เช่น myasthenia gravis ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลียหมดเรี่ยวหมดแรงผิดปกติ (abnormal fatigability) และมีกล้ามเนื้อบางมัดอ่อนแรง (weakness of selected muscles)

1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (biological clock theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า คนเราทุกคนจะมีนาฬิกาอยู่ภายในร่างกาย ซึ่งจะคอยควบคุมอัตราของ cell activity โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการแยกเซลล์ใหม่ ๆ คล้ายกับเซลล์เดิม ซึ่งกระบวนการนี้จะอยู่ใน nucleus จากการศึกษาพบว่าเมื่อ culture เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (fibroblast) ในน้ำเลี้ยงของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (young donor) ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่า plasma ที่มีอายุน้อยกว่าจะต่อต้านการแบ่งตัวใหม่ (reproduction) และ plasma ที่มีอายุอ่อนกว่าจะส่งเสริมการแบ่งตัวใหม่ หรือการแบ่งตัวใหม่นี้ลดลงเรื่อย ๆ ในสิ่งมีชีวิตที่มีอายุมากขึ้น และจากการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้พบว่า การเจริญของยีนอาจถูกต่อต้านจากยีนที่ต่อต้านการเจริญ (anti-proliferation gene) ทำให้เห็นว่ากระบวนการของยีนที่นาฬิกาในเซลล์ (Cellular 'Clock') สามารถหยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ได้

1.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free-radical theory)

การ metabolism ของเซลล์จะมีสิ่งที่ได้จากกระบวนการนี้ (by product) ที่ค่อนข้าง reactive มีชื่อว่าอนุมูลอิสระ (freeradical) ซึ่งจะเป็นโมเลกุลที่ไม่มีคู่ และโมเลกุลเหล่านี้จะไปจับคู่กับโมเลกุลอื่นทำให้เกิดกระบวนการ oxidation ส่งผลเสียต่อโครงสร้างดั้งเดิมและหน้าที่ของเซลล์ และการสะสมผลเสียจากกระบวนการนี้จะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (irreversible damage) ทำให้เกิดการสูงอายุนั่น

อนุมูลอิสระนี้อาจเข้าสู่ร่างกายได้จากการรับประทานอาหาร หรือจากการหายใจเข้าไป เมื่อไม่กี่ปีมานี้ได้เริ่มมีการใช้สาร antioxidant เช่น vitamin E และ vitamin C เพื่อต่อต้านผลกระทบจากอนุมูลอิสระ และเพื่อเป็นการยืดอายุ (extend life) และจากการวิจัยก็สนับสนุนผลการยืดอายุโดยใช้ vitamin C

1.4 ทฤษฎีเชื่อมตามขวาง (cross-linking of collagen and other roteins)

ในการศึกษาวิจัยพบว่าเมื่อเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (collagen) ถึงร้อยละ 30 ของจำนวนโปรตีนในร่างกายทั้งหมด และ collagen เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในกระดูก กระดูกอ่อน tendon และ ligaments เมื่อเส้นใย collagen ถูกนำเข้าไปในเนื้อเยื่อครั้งแรกโมเลกุลจะเกาะกันหลวม ๆ ทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่น แต่เมื่อเวลาผ่านไปโมเลกุลจะเกาะกันใกล้ชิดมากขึ้นทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นลดลงและจากการศึกษาพบว่าการมีน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) เป็นสาเหตุที่ส่งเสริมการเกาะกันของโปรตีน (cross linkage) ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีน้ำตาลในเลือดสูงและการสูญเสียความยืดหยุ่นของเซลล์

ทฤษฎีนี้ยังบอกว่าการเชื่อมตามขวาง (cross-linking) ของ collagen และ โปรตีน โมเลกุลใหญ่ ๆ ในเซลล์ไม่เพียงแต่จะทำให้เนื้อเยื่อติดแข็ง (stiffening of tissue) เท่านั้นแต่ยังทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง มีการใช้สารอาหารลดลง มีการต่อต้านการเจริญเติบโตของเซลล์ (cell growth) ทำให้เกิดการผิดพลาดในการขับสารพิษจากระบบการ metabolism ออกมา ถึงแม้ว่ามีบางกระบวนการที่ช่วยป้องกันการเกิด cross-linking ในวัยหนุ่มสาว แต่เมื่ออายุมากขึ้นกระบวนการนี้จะปล่อยให้ cross-linking เพิ่มขึ้น

1.5 ทฤษฎีการสะสมของเสีย (accumulation waste theory)

ของเสียจากระบบการ metabolism ส่วนใหญ่จะถูกขับออกมาผ่านทางระบบการไหลเวียนของเลือด แต่ lipofuscine ซึ่งเป็นสารเคมีที่เฉื่อยช้า (inert) กลับถูกสะสมอย่างช้า ๆ ในเซลล์ที่เรียกว่าพิกเมนต์ (pigments) จะมีสีน้ำตาลแกมเหลือง พบมากในกล้ามเนื้อ เซลล์ประสาท และเซลล์อื่น ๆ สามารถมองเห็นได้ในสัตว์ที่มีอายุมาก จึงเรียกว่า age pigments ซึ่งจะปรากฏไปตลอดชีวิต และจะเป็นสัญลักษณ์ของเซลล์ที่มีอายุ นอกจาก lipofuscine ถูกสะสมใน cell แล้ว waste products อื่น ๆ ก็อาจจะสะสมใน cell ได้เช่นกัน อาจจะมีสารเคมีบางตัวไปรบกวน enzymes ในเซลล์ เช่น free-radical และ aldehydes อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมในบางเซลล์ที่อายุแต่ไม่พบว่าการสะสมของของเสียเหล่านี้เลย แต่ในขณะที่เซลล์มีสารเหล่านี้เต็มไปหมด

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุ (psychological theories of ageing)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพัฒนาการ (psychoanalytic and developmental theories)

Freud กล่าวว่า “การพัฒนาการด้านบุคลิกลักษณะของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับ psychological process ในช่วงวัยเด็ก จะมีการนำเอาประสบการณ์ สิ่งที่เราเรียนรู้ในอดีตมาใช้ในการปรับตัว การยอมรับความจริงเพื่อให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างราบรื่น (ego-integrity)”

Jung กล่าวว่า “ผู้ที่แสวงหาความหมายของตัวเองและจิตวิญญาณ จะมีภาวะ restlessness หรือไม่รับรู้เวลาสถานที่ (disorientation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ”

2.2 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory)

ทฤษฎีนี้จะเน้นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการคงที่ในผู้สูงอายุแต่ละคน จะมองถึงนิสัย การแสดงออก และชีวิตความเป็นอยู่ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

Hence Ruff (1982) มองว่าการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุนั้นจะขึ้นกับองค์ประกอบเหล่านั้นได้รับการฝึกฝนมากน้อยแค่ไหน และสามารถผสมผสานให้เข้ากับเหตุการณ์ในปัจจุบันของแต่ละบุคคลได้อย่างไร

3. ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ (sociological theories of ageing)

3.1 ทฤษฎีความไม่เกี่ยวข้อง (disengagement theory)

การศึกษาวิจัยชิ้นหนึ่งได้ยืนยันว่า คนแต่ละคนอาจจะหยุดบทบาทของตัวเองบางอย่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการของตนเองหรือแรงกดดันจากสังคมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงหนีไม่พ้นที่จะถอนตัวออกจากสังคม โดยที่จะไม่เกี่ยวกับระบบทางสังคมที่อยู่ แต่อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความต้องการการสืบต่อการถ่ายทอด หรือความต่อเนื่อง (continuity) โดยที่ผู้สูงอายุควรจะพ้นจากหน้าที่เพื่อเปิดโอกาสให้คนรุ่นหลังต่อไป (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554 : 5-10)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ (physiological changes in old age)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ Christiansen and Grzybowski (1993) ได้แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ (external signs of physical aging)

1.1 ผิวหนัง (skin)

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ (heredity of the aging person) และการได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ตจากแสงอาทิตย์ โดยที่แสงอัลตราไวโอเล็ต หรือแสง UV ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนที่สร้าง โปรตีน เช่น ที่หน้ามือ คอ จะเสียมากกว่าผิวหนังบริเวณหลังและบริเวณก้น อายุ และแสงอาทิตย์ส่งผลกระทบต่อภาวะความสมดุลของการทำงานของร่างกาย และจากการศึกษาพบว่า คนผิวขาว ตาสีฟ้าหรือเขียว หรือผมสีแดงจะได้รับผลกระทบจาก UV มากกว่าคนผิวดำ เนื่องจากมีเม็ดสีผิวป้องกัน

น้อยกว่าและจำนวนเม็ดสี (melanin) ที่ผิวหนังจะลดลงตามอายุ ดังนั้นผิวหนังอาจต่างเป็นแห่ง (hypopigmentation) เนื่องจากการกระจายของเม็ดสีผิวไม่สม่ำเสมอในผิวหนังผู้สูงอายุหรือบางแห่งจะมีผิวเข้มเป็นแห่ง ๆ เรียกว่า “age spots” จะเป็นก้อนเนื้อหรือไฟ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่สังเกตเห็นได้คือ การเปลี่ยนแปลงความหนาของผิวหนัง โดยที่ผิวหนังจะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น ผิวหนังชั้น epidermal และชั้น dermal จะเชื่อมต่อกันแบบแบนราบ เนื่องจากการแบ่ง cell และ elastic และ collagenous fibers ลดลง ผิวหนังจะหยาบและมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการเหี่ยวย่นได้ การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ความชุ่มชื้นของผิวและสุขภาพผิวลดลงด้วย และการสูญเสียปริมาณของกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งชั้นไขมันที่ผิวหนัง (subcutaneous fat) จะส่งเสริมให้เกิดรอยเหี่ยวย่นได้

การฝ่อของผิวหนังชั้น epidermis ต่อมเหงื่อและรากขน การสูญเสียไขมันในชั้น subcutaneous มีผลทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายมีสมรรถภาพลดลง ผิวหนังจะแห้ง เปราะบางลงและเหี่ยวย่น ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ นอกจากนี้สีผิวเปลี่ยนไป ผมจะมีสีเทาหรือแห้ง ใบหน้าจะเริ่มเหี่ยวย่น ซึ่งอาจทำให้บางคนรู้สึกไม่พึงพอใจได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังในผู้สูงอายุอาจทำให้มีความน่าดึงดูดใจลดลง การมีผมขาวและมีผิวหนังเหี่ยวย่นอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้น ๆ มีความคิดเห็นต่อบุคลิกลักษณะของตนเองเปลี่ยนไป อาจทำให้ถอยหนีจากสังคมได้

1.2 ผมและการสร้าง (ageing hair & hair production)

ผมของผู้สูงอายุจะลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ผมหงอกเป็นผลมาจากการสูญเสีย pigment และ cellular material จะหงอกเร็วขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับการควบคุมของยีน การมีผมร่วงก็มีขึ้นมาเกี่ยวข้องเช่นกันแต่อาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยปกติความหนาแน่นของผมลดลงจาก $615/\text{cm}^2$ เมื่ออายุ 25 ปีขึ้นไป จะลดลงเหลือ $485/\text{cm}^2$ เมื่ออายุ 50 การสูญเสียที่เราอาจไม่ได้สังเกตในตนเอง เช่น บริเวณรักแร้ บริเวณหัวหน้า และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

ในเพศหญิง จะมีขนขึ้นที่หน้า ขนอาจจะแข็งสังเกตเห็นได้ชัดเจนมากกว่าชาย ซึ่งเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนของฮอร์โมน androgen/estrogen และในเพศชาย ผมที่ศีรษะและลำตัวลดลง และมักจะมีขนแข็ง ๆ หยาบขึ้นในรูหูและรูจมูก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความดึงดูดใจและความภาคภูมิใจในเรื่องเพศ

1.3 ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ (ageing sebaceous and sweat glands)

ต่อมไขมันมีหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผม ให้ความชุ่มชื้น แต่จะมีการหลั่งลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น อาจทำให้เกิดต่อมไขมันอักเสบ ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ขนหยาบค่อนข้างเปราะและผิวแห้ง หน้าที่ของต่อมเหงื่อจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ต่อมเหงื่อที่รักแร้ในคน 61-75 ปี ทำงานเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของคนที่มียุ 15-50 ปี แต่ความทนต่ออากาศร้อนไม่ลดลง ทำให้ขาดการระมัดระวังต่ออุณหภูมิร้อน ๆ ก่อให้เกิดการเป็นลมแดดได้

1.4 เล็บมือเล็บเท้า (aging fingernail and toenails)

การเจริญของเล็บมือเล็บเท้าลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น เช่น ในคนวัย 30 ปี มีอัตราการเจริญของเล็บเท่ากับ 0.83 มม./สัปดาห์ แต่ในคนที่มีอายุ 90 ปี จะยาวเพียงแค่ 0.52 มม./สัปดาห์ เล็บอาจจะลอกเป็นชั้น ๆ สีของเล็บจะเปลี่ยนไป เช่น เล็บเท้าในคนสูงอายุมีสีเหลือง หนาขึ้น และการเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการและการทำงานของระบบการย่อยอาหารของผู้สูงอายุได้ เล็บนิ้วเท้าอาจจะเจริญยาวหยุด ลึกลงไปทำให้เกิดปัญหาที่เท้าได้ ถ้าตัดเล็บไม่ดี เช่น เกิดการอักเสบ ไม่สามารถเดินได้ อาจส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงและก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้

1.5 ส่วนสูง (height)

การเจริญตามยาวของกระดูกลดลงเมื่อมีอายุ 40 ปี โดยปกติแล้ว ความสูงของคนวัยหนุ่มสาวจะเท่ากับ 1 ช่วงแขนของคนนั้น ๆ แต่ในผู้สูงอายุจะไม่ถึง เนื่องจากช่วงรอยต่อของกระดูกหลังเริ่มแคบลงจากการบางลงจากภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ทำให้ส่วนสูงจะลดลง 1.5 ซม. ทุก ๆ 20 ปี การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง เช่น ข้อต่อกระดูกสันหลังยุบ (vertebral collapse) ทำให้เกิดหลังค่อม และส่วนหนึ่งจะมาจาก การเดินหลังค่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี เดินในท่าที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้

1.6 น้ำหนัก (weight)

น้ำหนักอาจจะคงที่ไปจนถึงอายุ 70 ปี แต่สัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป จะมีไขมันมากขึ้น ถึงแม้จะสูญเสียไขมันไปในบริเวณใบหน้า แต่จะพบว่าไม่มีไขมันสะสมมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและสะโพก แบบแผนการรับประทานอาหารในวัยเยาว์จะมีผลในการควบคุมน้ำหนักในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อ้วนอาจจะลดได้โดยใช้วิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

2. การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส (sensory changes)

2.1 สายตา (sight)

การมองเห็นจะลดลงตามอายุ เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง และกล้ามเนื้อตาที่หย่อนสมรรถภาพลงทำให้ลำบากในการเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ ๆ ไม่ชัด ซึ่งเรียกว่า “presbyopia” คือมีความยากลำบากในการอ่านในระยะที่ปกติ ประมาณ 1 ฟุต ห่างจากตาหรือสายตายาว นอกจากนี้ยังมีลานสายตาแคบลง ความสามารถในการมองเห็นในที่มืดลดลง กล้ามเนื้อที่ม่านตาหดตัวลดลงทำให้รูม่านตาลึกลง แสงเข้าไปได้น้อย ส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง ซึ่งจะเป็นเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ การเพิ่มขึ้นของแรงดันในลูกตาทำให้เกิดต้อหิน (glaucoma) ได้ ซึ่งทำให้สูญเสียการมองเห็นบริเวณ โดยรอบ (peripheral vision) มองเห็นวงขาว ๆ ที่ตาดำเกิดจากการสะสมของกรดไขมัน (lipid) เรียกว่า “arcus senilis” และการสูญเสียไขมันรอบดวงตา อาจทำให้เกิดขอบตาสีดำและหนังตาตกได้

2.2 การได้ยิน (hearing)

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าความสามารถในการได้ยินจะลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น จากการทดสอบพบว่า การได้ยินจะลดลงในด้านความถี่และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความถี่ของเสียง ทำให้สูญเสียการได้ยินเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ ซึ่งมาจากการสูญเสียประสาทการได้ยินที่ cochlea และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของหูชั้นกลางและชั้นใน ที่เรียกว่า “presbycusis” คือการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุหรืออาการหูตึง

ความสามารถในการได้ยินลดลงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้สูงอายุได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร บางครั้งอาจทำให้เกิดการถอยหนีจากสังคมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับความเห็นใจและการสนับสนุนทางจิตใจ การพูดกับผู้สูงอายุควรจะช้า ๆ ชัดเจน ไม่ควรตะโกน ไม่ควรพูดเสียงแหลมเล็ก ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการทดสอบการได้ยินและใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) ถ้าจำเป็น

2.3 การสัมผัส และการรับรู้ความรู้สึก (touch and sensation)

การตอบสนองของอุณหภูมิและแรงดันจะลดลง เนื่องจากผิวหนัง ระบบการไหลเวียนของเลือด และระบบประสาท และต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ ผู้สูงอายุอาจจะถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวกขณะปรุงอาหาร และอาจจะลื่นล้มเกิดแผลเอาใจใส่ต่อแผลทำให้เกิดความเจ็บปวดและติดเชื้อได้ ดังนั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำในเรื่องนี้เพื่อจะได้หาทางป้องกันสิ่งที่จะเกิดขึ้น

ระดับความทนต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุบางคนอาจจะสูงขึ้น เช่น ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเจ็บปวดจากกระดูกต้นขาหัก (head of femur) น้อยกว่าคนที่อายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุควรระมัดระวังเรื่องการคงไว้ซึ่งลักษณะท่าทางที่ถูกต้อง มิเช่นนั้นจะทำให้เกิดการผิดท่าทาง ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยได้ การออกกำลังกายหน้ากระจกเพื่อตรวจสอบลักษณะท่าทางของตนเองอาจช่วยได้

2.4 การรับกลิ่น (smell)

ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง อาจเนื่องมาจากการสูญเสียประสาทที่ควบคุมการรับกลิ่น (olfactory receptors) ทำให้ความสามารถในการแยกแยะกลิ่นต่าง ๆ ที่คุ้นเคยลดลง หรือไม่สามารถได้กลิ่นอาหารที่เริ่มบูดเน่าได้ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง

2.5 การรับรส (taste)

เยื่อช่องปากฝ่อลง ตุ่มรับรสมิมีจำนวนลดลงทำให้ความสามารถในการรับรสน้อยลง การรับรสหวานและรสเค็มสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว ขณะเดียวกันประสาทการรับกลิ่นก็ลดลงเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความอยากอาหาร รวมทั้งความปลอดภัยได้ เช่น ผู้สูงอายุจะได้รับน้ำตาลและเกลือมากกว่าปกติ เนื่องจากการสูญเสียการรับรสหวานและรสเค็ม และผู้สูงอายุอาจรับประทานอาหารที่บูดเน่าโดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากสูญเสียการรับรสชาติและกลิ่นของอาหารที่เปลี่ยนไปได้

นอกจากนี้การสูญเสียความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่กล่องเสียง (laryngeal muscle) และกระดูกอ่อน (cartilage) จะทำให้ reflex ของการไอและการกลืนลดลง ทำให้สำลักอาหารและน้ำได้ง่าย และยังมีผลต่อระดับเสียง ความแรงและระดับของสันเสียง (vocal cords)

3. การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ (other changes)

3.1 การเปลี่ยนแปลงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal changes)

การสูงอายุจะมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก (bone density) การเจริญของกระดูกตามขวางลดลง การเจริญจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อมีอายุสูงขึ้น และกระดูกจะโปร่งบางลง มีการสูญเสียแร่ธาตุออกไป ปริมาตรกระดูก (bone mass) จะเสียไปประมาณ 1 ใน 4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงวัยหมดประจำเดือน ดังนั้นจะเห็นความแตกต่างของอัตราการเกิดกระดูกหัก ระหว่างเพศชายและหญิง และขึ้นที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) พบมากในคนเอเชีย และยุโรปตอนเหนือ

การให้แคลเซียมทดแทนเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนยังหาข้อสรุปไม่ได้ การให้ฮอร์โมนทดแทนพบว่าได้ผลดีในการป้องกันการเกิดภาวะกระดูกพรุน แม้ว่าจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและการรักษายังหาข้อสรุปไม่ได้เช่นกัน การออกกำลังกายพบว่าช่วยป้องกันการเกิดการสูญเสียกระดูกแต่ควรระมัดระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุไว้ด้วย และโซเดียมฟลูออไรด์พบว่าช่วยเสริมสร้างเนื้อกระดูก

กระดูกอ่อนจะสูญเสียแคลเซียมออกไปโดยเฉพาะที่กระดูกซี่โครง synovial membrane ข้อต่อกระดูกหนาขึ้น ทำให้ข้อต่อกระดูกที่เป็นกระดูกอ่อน (articular cartilage) ได้รับความเสียหาย จึงทำให้เกิดการปวดได้เวลาเคลื่อนไหว เ็นเสื่อมลง มีความยืดหยุ่นลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื้อเยื่อหุ้มกระดูกอ่อนจะบางลง ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวไปกระทบกระดูกอื่น ๆ ทำให้มีเลือดคั่งเกิดขึ้น มีการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (collagen cross linking) ทำให้ข้อต่อกระดูกมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลงต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ในการควบคุมทรงตัวไม่ค่อยดี การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ (range of motion) ลดลง การเดินจะมีลักษณะแบบกระตุก ๆ (jerky) และเจ็บปวด อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในท่าทางที่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยป้องกันการเสื่อมลงของข้อต่อได้

กล้ามเนื้อจะมีความแข็งแรงมากที่สุดในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มลดลง และมีปริมาตรกล้ามเนื้อ (muscle mass) ลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่หนัก ๆ ได้เหมือนคนหนุ่มสาว กล้ามเนื้อจะเริ่มเหี่ยวลง ความแข็งแรงของมือขางที่ถนัดจะมีมากกว่าขางที่ไม่ถนัดทั้งในเพศชายและหญิง ถึงแม้ว่าเพศชายจะมีกำลังมากกว่าหญิง ในขณะที่ความแข็งแรงลดลงจากอายุที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรง และความรู้สึกของภาวะสุขภาพดีได้ การใช้กล้ามเนื้อไม่ถูกต้องก่อให้เกิดอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดเมื่อยตามตัว ดังนั้นการยืนในท่าที่ถูกต้อง การเคลื่อนไหว และการผ่อนคลาย (relaxation) จึงมีความสำคัญมาก

เนื่องจากศูนย์ของแรงโน้มถ่วงของโลกในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการทรงตัวได้ ดังนั้นการปรับปรุงด้านการสวมรองเท้าสันเตี้ยที่พอดี การเดินก้าวเท้าสั้นลง ปลายเท้ายกขึ้น โดยใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยเดิน การออกกำลังกายจะช่วยในด้านการทำงานของหัวใจ การหายใจและระบบย่อย

อาหาร แต่การนั่งนาน ๆ การหายใจสั้น ๆ จะเป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ ความสามารถในการเดินของผู้สูงอายุ จะยังคงที่ในรายที่ยังแข็งแรงอยู่

3.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system)

หัวใจห้องล่างซ้ายมีขนาดลดลงเล็กน้อย แต่ห้องบนซ้ายมีขนาดเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจจะมีแคลเซียมมาเกาะ มีการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อที่เป็นเส้นใย (fibrous tissue) ซึ่งจะมีผลต่อระบบการลื่อนำ การเต้นของหัวใจลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น แต่บางคนอาจไม่ลดลงในรายที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอได้ ดังนั้นในขณะที่ผู้สูงอายุหลายคนอาจเดินขึ้นเขาได้ แต่หลายคนอาจจะไม่สามารถวิ่งตามรถเมล์ได้ การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุที่สุขภาพดีได้ การเต้นของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง ผนังหัวใจจะปรับตัวหนาขึ้นเพื่อให้สัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ

1) ความดันเลือด (blood pressure) หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง มีไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (arteriosclerosis) และพบว่าความดันเลือดจะต่างกันระหว่างชายหญิงที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่า diastolic pressure จะพบว่าผู้หญิงจะมี diastolic pressure สูงกว่า แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นกับแต่ละบุคคล โดยปกติแล้วจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจนถึง 79 ปี

อาการคลินิกของ hypertension ค่อนข้างซับซ้อนและยังเป็นที่โต้แย้งกันว่า ควรจะรักษา hypertension ในผู้สูงอายุหรือไม่ การรักษาที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาขนาดสูงเกินไป จะก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (fatigue) วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าได้ ความดันเลือดจะค่อนข้างเปลี่ยนแปลงง่าย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือจิตใจ

2) ระบบหลอดเลือดดำ (venous system) ลิ้นปิดหลอดเลือดดำไม่สนิทพอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดการไหลโครกของเลือด อวัยวะขาดเลือด และเลือดจับตัวเป็นก้อนได้ อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายและอยู่ในท่าที่เหมาะสมจะช่วยลดอันตรายเหล่านี้ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดและเนื้อเยื่อ ทำให้การแลกเปลี่ยน O_2 และอาหารลดลง ดังนั้นการดูแลที่ดีควรจะป้องกันไม่ให้เกิดบาดแผล

3) ส่วนประกอบของเลือด โดยปกติการมีอายุมากขึ้นมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือด ถึงแม้ว่าอายุของเม็ดเลือดแดงจะไม่เปลี่ยนแปลงทั้งในวัยหนุ่มสาวหรือวัยสูงอายุ แต่ erythrocyte sedimentation rate (ESR) จะสูงขึ้นเล็กน้อย การแข็งตัวของเลือดอาจช้าลง เม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง อย่างไรก็ตามภาวะโลหิตจาง (anemia) ในผู้สูงอายุมักจะเป็นผลมาจากโรคมามากกว่าสาเหตุจากการสูงอายุ

3.3 ระบบหายใจ (respiratory system)

ปริมาตรของปอดไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีการสูญเสียแคลเซียมที่รอยต่อของกระดูกก่อน การเสื่อมของกระดูกซี่โครงมีผลต่อประสิทธิภาพของการหายใจ มีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรง แต่ความสามารถของปอดยังคงเดิม แต่ปริมาณอากาศที่ค้างในปอด (residual capacity) เพิ่มขึ้น เนื่องจาก

กล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจอ่อนแรงลง ปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกลดลง เยื่อปอดที่ถุงลมเสื่อมลง ทำให้การแลกเปลี่ยน O_2 ลดลง ประสิทธิภาพการจับเสมหะบกพร่อง และความสามารถในการต่อต้านการติดเชื้อลดลง

3.4 ระบบการย่อยอาหาร (digestive system)

การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุจะไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ที่พบได้คือ

1) ตุ่มรับรสเสื่อมลง ทำให้ไม่รู้รสอาหาร เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้มีน้ำหนักลดลง

2) ส่วนประกอบของฟันปลอมชั่วคราว ฟันผุ ฟันหลุด ก็มีผลต่อการย่อยอาหาร คือทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด อาหารย่อยยาก เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ

3) การเปลี่ยนรูปของปากมีผลต่อการเคี้ยว การใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี ต่อมน้ำลายอุดตันทำให้ปากแห้ง และแสบร้อนได้ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย จนนำไปสู่การเบื่ออาหารได้

4) ยาบางชนิด เช่น antidepressants, antispasmodic และยา antihistamines ทำให้ปากแห้ง ไม่อยากอาหาร

5) การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการปล่อยของเยื่อปอด ทำให้เกิดการกลืนลำบาก การดูดซึมสารอาหารลดลง เนื่องจากการฝ่อตัวของเยื่อปอดในกระเพาะอาหารและลำไส้ การลดลงของเอนไซม์ในการย่อยอาหารและการผันแปรของการไหลเวียนของเลือด ส่งผลกระทบต่อการดูดซึมวิตามินและธาตุเหล็กซึ่งจะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและเลือดจางได้

6) การขยับถ่าย มีผลกระทบได้ถ้ากำลังการบีบตัวของกล้ามเนื้อในลำไส้ลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้การส่งผ่านอาหารช้าลง เกิดอาการท้องผูก อาจเกิดภาวะอุจจาระติดแข็ง (impaction) ได้ ไม่สุขสบาย และอาจเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้

7) เนื่องจากตับจะมีขนาดเล็กลงทำให้การไหลเวียนของเลือดในตับลดลงด้วย ซึ่งจะมีผลต่อการทำลายพิษของยาบางชนิดได้ การลดน้ำหนัก การสะสมของไกลโคเจน (glycogen) และการสร้างโปรตีน มีผลต่อการทำงานของตับ

3.5 ระบบการขับถ่ายปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ (genitourinary system)

การทำงานของไตลดลงตามอายุที่สูงขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากภาวะขาดน้ำ การติดเชื้อและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจบกพร่อง (impaired cardiac output) การกรองของเสียที่ไตเริ่มลดลงหลังจากอายุ 20 ปี และจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่วัย 50 ปี จนถึง 70 ปี

แม้ว่าการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (incontinence) มักจะมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค อย่างไรก็ตาม 1 ใน 10 ของหญิงทุกวัยมักพบอาการนี้ การตื่นกลางคืน และ Stress incontinence ไม่ใช่อาการปกติของผู้สูงอายุจึงควรปรึกษาแพทย์ ผู้สูงอายุมักจะพบการเปลี่ยนแปลงที่มีผลทางด้านเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องปกติ แต่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละกาลเวลา กล่าวคือเมื่อมีอายุมาก

ขึ้น เรื่องเพศจะเป็นไปในลักษณะของการแสดงความใกล้ชิดสนิทสนม การได้สัมผัส (touch) แต่เป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะละเลยการสัมผัสซึ่งกันและกัน

หญิงสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน oestrogen, progesterone และ follicle-stimulating hormones (FSH) ไปพร้อม ๆ กับวัยหมดประจำเดือน (menopause) ทำให้เต้านม รังไข่ มดลูก รวมถึงช่องคลอด แคมใหญ่ และตุ่ม clitoris ฝ่อลง ช่องคลอดจะขยายตัวลดลง ผนังช่องคลอดจะบางลงและแห้ง ทำให้มีอาการเจ็บเวลาร่วมเพศ (dyspareunia) และปวดแสบปวดร้อน (vaginal burning) ขณะเดียวกันการติ่งตัวของเต้านม และการถึงจุดสุดยอดจะลดลง อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในเรื่องเพศมีความสำคัญมากกว่าการตอบสนองทางร่างกาย

ชายสูงอายุมีการสร้างฮอร์โมนเพศ (androgen) ลดลง ก่อให้เกิดภาวะเพศขยายขนาดลดลง มีน้ำอสุจิน้อยลง การผลิต sperm ลดลงหลังอายุ 50 ปี การแข็งตัวของอวัยวะเพศช้าลง การหลั่งเร็วขึ้น การติ่งตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการสร้างฮอร์โมน testosterone ส่งผลให้ลักษณะทางเพศเปลี่ยนไป เช่น กล้ามเนื้อเล็กลง เสียงแหลมขึ้น ต่อม prostate โตขึ้น ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น

3.6 ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system or CNS)

เซลล์ประสาท (neurons) สูญเสียไป น้ำหนักสมองลดลงจาก 1,400 กรัม ในวัยหนุ่มสาม เหลือเพียง 1,200-1,300 กรัม เมื่อมีอายุสูงขึ้น และทำให้ขนาดของ ventricles ในสมองกว้างขึ้น จากรายงานการศึกษาพบว่า การสูญเสียนี้มักพบในบริเวณสมองระบบ cholinergic สูญเสียหน้าที่ทำให้การสื่อสารประสาทลดลง มีการสะสมของโปรตีน (tangles และ amyloid plaque) ในสมองคล้ายกับของโรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease : AD) แต่ใน AD จะมีการจับตัวมากกว่าและมีการฝ่อของเนื้อเยื่อในสมอง (brain atrophy) ร่วมด้วย

มีการเปลี่ยนแปลงของ white matter ของ cerebrum ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่อยู่ในระดับ subconscious ทำให้ระยะเวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (reaction time) จะช้าลงเมื่ออายุสูงขึ้น ดังนั้นควรจะให้เวลาในการตอบสนองด้วย การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทยังมีผลต่อเชาวน์ปัญญา (cognitive) และภาวะทางอารมณ์ในผู้สูงอายุเช่นกัน เยื่อหุ้มสมองหนาขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชั้น dura mater และจะอยู่ติดแน่นกับกะโหลกศีรษะเมื่อมีอายุมาก ๆ deep tendon reflex ลดลง

3.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system)

ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมไทรอยด์และฮอร์โมนต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเมื่ออายุสูงขึ้น ยกเว้นสิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะทางเพศ อย่างไรก็ตาม ก็เป็นการยากที่จะแยกแยะระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่ปกติและการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของตับอ่อนจะมีผลต่อการสร้างและการย่อยสลาย insulin ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลบกพร่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ hyperglycemia แต่จะตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ (glycosuria) เนื่องจากมี renal threshold ของระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น

3.8 การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (temperature control)

การควบคุมอุณหภูมิในผู้สูงอายุไม่ค่อยได้ผล มักจะมีปัญหาเรื่องการป้องกันการเสียความร้อนของผิวหนังเนื่องจากสูญเสียชั้นไขมันที่ผิวหนัง สูญเสียการควบคุมการไหลเวียนของเลือด (Blood flow) เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง เนื้อเยื่อเกี่ยวพันเกิดการดึงรั้ง หดตัวและขาดความยืดหยุ่น ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด “hypothermia” และการตอบสนองต่อความเย็นโดยการสั่นลดลง และการปรับอุณหภูมิตามสิ่งแวดล้อมเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุบางท่านแม้จะมีอุณหภูมิ 35°C แต่ก็ไม่แสดงอาการของภาวะอุณหภูมิของร่างกายต่ำลงผิดปกติ แต่ให้ตระหนักว่าผู้สูงอายุเหล่านี้กำลังอยู่ในภาวะเสี่ยง บางครั้งผู้สูงอายุทนต่ออากาศเย็นไม่ได้ ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมและออกกำลังกายลดลง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554 : 11-26)

2. แนวคิดเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาความผิดปกติจากการเสื่อมของระบบประสาทกลาง

ความผิดปกติจากการเสื่อมของระบบประสาทกลาง (neurodegenerative disorders) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่มีลักษณะสำคัญคือมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทในบริเวณที่เฉพาะเจาะจงของสมอง ทั้งนี้การเสื่อมของเซลล์ประสาทจะเกิดขึ้นโดยมีการดำเนินของโรคไปเรื่อย ๆ แบบไม่ผันกลับ (irreversible) ความผิดปกติจากการเสื่อมของระบบประสาทกลางที่พบได้บ่อย ๆ ได้แก่ โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease, PD) และ Huntington's disease (HD) ซึ่งมีการสูญเสียเซลล์ประสาทภายใน โครงสร้างของ basal ganglia ทำให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว, โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease, AD) ซึ่งมีการสูญเสียเซลล์ประสาทในบริเวณฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และคอร์เท็กซ์ (cortex) ทำให้มีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำและความสามารถในการเรียนรู้, amyotrophic lateral sclerosis (ALS) ซึ่งมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทยนต์ในไขสันหลัง (spinal cord) และสมอง และ multiple sclerosis (MS) ซึ่งมีการเสื่อมของไมอีลิน (myelin) ในสมองในลักษณะคล้ายการอักเสบ

ในปัจจุบันการรักษาความผิดปกติที่เกิดการเสื่อมของระบบประสาทกลางโดยการใช้ยา ยังไม่มียาใดที่จะสามารถรักษาโรคให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ มีเพียงการรักษาตามอาการมากกว่าการแก้ไขที่สาเหตุที่แท้จริงของโรค

กลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการเสื่อมของเซลล์ประสาท

1. ความบาดเจ็บง่ายที่มีความเฉพาะ (Selective vulnerability)

กลุ่มของโรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทมักจะมีเฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มของเซลล์ประสาทชนิดใดชนิดหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ในโรคพาร์กินสัน จะมีการทำลายของเซลล์ประสาทโดปามีนอร์จิกภายใน substantia nigra โดยไม่มีผลต่อเซลล์ประสาทในคอร์เท็กซ์หรือส่วนอื่น ๆ ของสมอง ตรงกันข้ามในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ จะพบการทำลายของเซลล์ประสาทในฮิปโปแคมปัส และนีโอคอร์เท็กซ์ รวมทั้งภายใน

คอร์เท็กซ์ด้วย ส่วนใน HD นั้นมักพบการเปลี่ยนแปลงภายในนีโอสเตรียตัม (neostriatum) ในขณะที่ ALS ก็จะมีการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทยนต์ (motor neuron) ทั้งในไขสันหลังและคอร์เท็กซ์

การที่พบว่าในโรคแต่ละชนิดจะมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่สมองในบริเวณที่แตกต่างกันทำให้เชื่อว่ากระบวนการในการเกิดอันตรายต่อเซลล์ประสาทน่าจะเกิดจากอันตรกิริยา (interaction) ของพันธุศาสตร์ และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อลักษณะภายในกายทางสรีรวิทยาของเซลล์ประสาทที่ถูกกระทบ ซึ่งปัจจัยภายในกายเหล่านี้จะรวมถึงความไวต่ออันตรายอันเกิดจากการกระตุ้น (excitotoxic injury) ความแตกต่างของบริเวณต่าง ๆ ในการเกิดเมแทบอลิซึมจำพวกออกซิเดชัน (oxidative metabolism) และการเกิดอนุมูลอิสระ (free radicals) ที่เป็นพิษอันเกิดจากการเมแทบอลิซึมของเซลล์ ทำให้เกิดความเค้นจากออกซิเดชัน (oxidative stress) การศึกษาและเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการหาวิธีป้องกันการเสื่อมของเซลล์ประสาท (neuroprotective agents) มาใช้เพื่อลดการก้าวหน้าของโรคได้

2. พันธุศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

เป็นที่สนใจกันมานานแล้วว่าพันธุศาสตร์อาจมีบทบาทสำคัญต่อการก่อให้เกิดโรคเสื่อมของเซลล์ประสาท ซึ่งในปัจจุบันก็มีข้อมูลยืนยันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพันธุศาสตร์และโรคเสื่อมของเซลล์ประสาทหลาย ๆ ชนิด เช่น ใน HD พบว่าสามารถถ่ายทอดผ่านทางลักษณะเด่นทางออโตโซม (autosomal dominant) ได้ นอกจากนี้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคปาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ หรือ ALS ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวเช่นกัน

การได้รับเชื้อหรือสารพิษจากสิ่งแวดล้อมก็อาจเป็นต้นเหตุของการเสื่อมของเซลล์ประสาทได้ ตัวอย่างเช่น การพบว่าเกิดโรคปาร์กินสันหลังจากที่มีการระบาดของโรคใช้สมองอักเสบ เป็นต้น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ HD และ ALS ยังไม่พบข้อมูลยืนยันความสัมพันธ์กับการติดเชื้อสำหรับสารพิษที่พบว่าสาร N-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydropyridine (MPTP) สามารถทำให้เกิดความผิดปกติซึ่งมีอาการใกล้เคียงกับโรคปาร์กินสันได้ แต่ทั้งนี้ยังไม่พบข้อมูลที่จะสนับสนุนการกระจายของสารพิษที่คล้ายคลึงกับ MPTP ในสิ่งแวดล้อม

3. ความเป็นพิษจากการกระตุ้น (excitotoxicity)

คำว่า excitotoxicity หรือความเป็นพิษจากการกระตุ้นเป็นคำที่เริ่มต้นใช้โดย Olney ในปี ค.ศ. 1969 เพื่อใช้อธิบายการเกิดอันตรายต่อเซลล์ประสาทอันเป็นผลมาจากการที่มีกลูตาเมตในสมองมากเกินไป ถึงแม้ว่าการทำงานของสมองโดยปกติจำเป็นต้องใช้กลูตาเมต แต่การที่มีปริมาณมากเกินไปจะก่อให้เกิดการตายของเซลล์อันเนื่องจากการกระตุ้น ทั้งนี้ผลที่ก่อให้เกิดการทำลายของกลูตาเมตมักจะสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ผ่านทางตัวรับชนิด NMDA ซึ่งควบคุมช่องทางไอออนแคลเซียม รวมทั้งตัวรับชนิด AMPA ซึ่งจะช่วยเหลือเสริม

การเกิดการทำลายหรือความเป็นพิษจากการกระตุ้นนั้น นับว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในการทำให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทอย่างเฉียบพลันในกรณีที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ (head trauma) ส่วนในกรณีที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทแบบเรื้อรังนั้นบทบาทของความ เป็นพิษจากการกระตุ้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดนัก แต่ก็เชื่อว่าการตอบสนองของเซลล์ที่แตกต่างกันในแต่ละ บริเวณอาจมีสาเหตุมาจากความแตกต่างของชนิดของตัวรับกลูตาเมต โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีการกระตุ้นที่ มากกว่าปกติ กลูตาเมตในขนาดสูงจะกระตุ้นตัวรับทั้งชนิด NMDA และ AMPA ส่งผลให้ปริมาณไอออน แคลเซียม $[Ca^{2+}]$ ภายในเซลล์เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงความต่างศักย์ที่ทำให้เกิด depolarization ยังเปิดช่องทางไอออนแคลเซียมชนิดที่ไวต่อความต่างศักย์ ทำให้เสริมปริมาณของไอออน แคลเซียมภายในเซลล์ และกระตุ้นกระบวนการต่าง ๆ ผ่านทางเอนไซม์หลายตัว เช่น proteases, kinases, nucleases และ lipases รวมทั้งทำให้เกิดอนุมูลอิสระซึ่งก่อให้เกิดการทำลายของไมโทคอนเดรีย นิวเคลียส และเยื่อเซลล์ (จินตนา สัตยาศัย, 2555 : 181-184)

3. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคซึ่งมีความพร่องของความสามารถในการเรียนรู้ โดยอาการจะค่อย ๆ เริ่ม และก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ อาการที่มักพบเริ่มแรกได้แก่ มีความพร่องหรือสูญเสียความจำระยะสั้นในขณะที่ ความจำระยะยาวยังคงมีอยู่ที่ดี เมื่ออาการของโรคก้าวหน้าขึ้นความสามารถในการเรียนรู้ก็จะถูกระทบ มากขึ้น เช่น การคำนวณ ความสัมพันธ์ระหว่างการมองเห็นและพื้นที่ รวมทั้งความสามารถในการใช้สิ่งของ เครื่องใช้ธรรมดาทั่ว ๆ ไป โดยทั่วไปแล้วความตื่นตัวของผู้ป่วยจะไม่ถูกระทบจนกว่าอาการของโรคจะ ก้าวหน้าไปมาก หรือจนกระทั่งเกิดอาการอ่อนแรงในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น เกิดโรคปอดบวม หรือเส้นเลือดในปอดตัน การ วินิจฉัยโรคยืนยันว่ามีสาเหตุจากโรคอื่น ซึ่งอาจทำให้มีอาการคล้ายคลึงโรคอัลไซเมอร์

1. พยาธิสรีรวิทยาของโรคอัลไซเมอร์

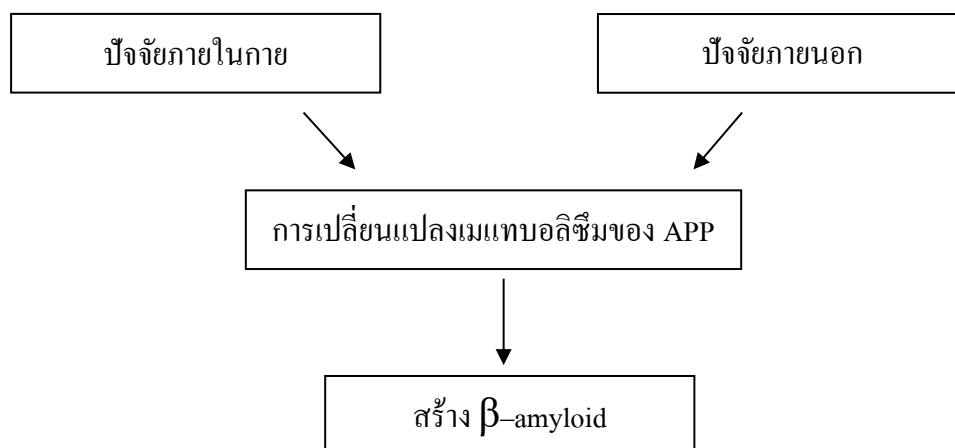
ลักษณะที่สำคัญของโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ มีการสูญเสียเซลล์ประสาททั้งในส่วน คอร์เทกซ์และนี โอคอร์เทกซ์ นอกจากนี้ยังมีการฝ่อของสมองส่วนซีรีบ รัลคอร์เทกซ์อย่างเด่นชัด เมื่อตรวจสอบเนื้อสมองจะ พบลักษณะการเปลี่ยนแปลงในสมอง 2 ลักษณะ นั่นคือพบ “senile plaques” และ “neurofibrillary tangles” เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสและคอร์เทกซ์ ตามปกติแล้ว “senile plaques” และ “neurofibrillary tangles” จะสามารถพบได้ในสมองคนปกติเช่นกันแต่มีในจำนวนที่น้อยมาก “senile plaques” จะเกิดจากการสะสมของโปรตีน β -amyloid ร่วมกับเศษชิ้นส่วนของเซลล์ประสาทที่เสื่อมโทรม ไป ส่วน “neurofibrillary tangles” นั้นจะประกอบด้วยเส้นใยเกลียวคู่และโปรตีนอื่น ๆ

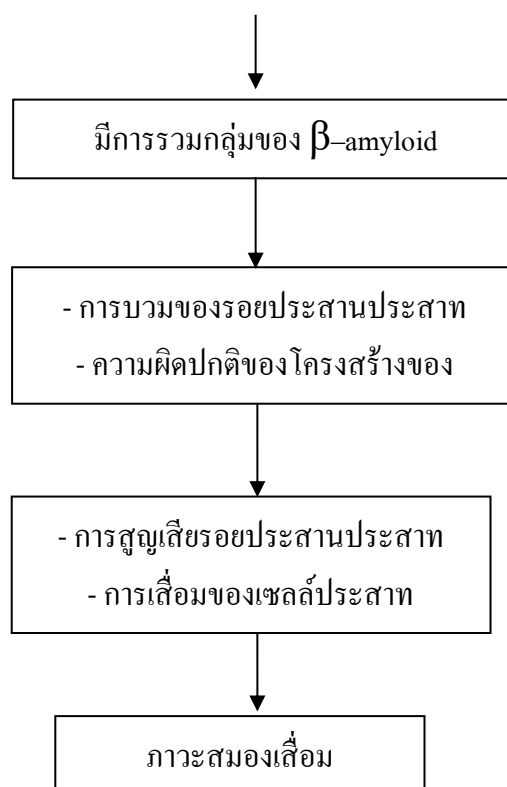
2. บทบาทของ β -amyloid

การพบการรวมกลุ่มของ β -amyloid จัดได้ว่าเป็นลักษณะที่จะพบได้เสมอในโรคอัลไซเมอร์ จากการศึกษาทำให้ทราบว่า β -amyloid เป็นเปปไทด์ขนาดสั้นโดยมีกรดอะมิโนประมาณ 42-43 ตัว ทั้งนี้ β -amyloid จะถูกสร้างขึ้นจาก amyloid precursor protein (APP) โดยการเกิด proteolytic cleavage ที่ผิดปกติ APP เป็นโปรตีนที่มีกรดอะมิโนมากกว่า 700 ตัว พบได้ทั่วไปที่เยื่อเซลล์ประสาทในสมองของมนุษย์เรา มีผู้เสนอแนะว่า APP อาจจะทำหน้าที่เป็นตัวรับที่ผิวเซลล์สำหรับสารใดสารหนึ่งที่เรายังไม่ทราบ โดยปกติแล้ว APP จะถูกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ทำให้เกิด amyloid (non amyloidogenic pathway) ทั้งนี้โดยการถูกตัดด้วยเอนไซม์ α -secretase และ Y-secretase ตามลำดับ สารที่เกิดในกระบวนการนี้ (P3) จะไม่ก่อให้เกิดพิษต่อเซลล์ประสาท อย่างไรก็ตามพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระตุ้นให้เกิดการสร้าง β -amyloid โดยผ่านทางที่ก่อให้เกิด amyloid (amyloidogenic pathway) ทำให้เกิดเมแทบอลิซึมของ APP โดย β -secretase แล้วตามด้วย Y-secretase เกิดเป็นสาร β -amyloid ทั้งนี้พบว่ามีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่สามารถกระตุ้นเส้นทางที่ก่อให้เกิด amyloid ตัวอย่างเช่น พันธุกรรม (การผ่าเหล่าของ APP และ presenilin), อายุ, การสะสมของสารพิษ และความผิดปกติของ apolipoprotein เป็นต้น เมื่อเกิดการสะสมของ β -amyloid ก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างต่าง ๆ ผ่านกลไกหลาย ๆ กลไก เช่น ความเค้นทางออกซิเดชัน ความเป็นพิษจากการกระตุ้น และการอักเสบ (inflammation) เป็นต้น จนกระทั่งเกิดการเสื่อมของเซลล์ประสาทและเกิดภาวะสมองเสื่อม จนพบอาการความจำเสื่อม (dementia) การเสื่อมของเซลล์ประสาทและเกิดภาวะสมองเสื่อม จนพบอาการความจำเสื่อม

3. การรักษาโรคอัลไซเมอร์

การรักษาโรคอัลไซเมอร์จะมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการทำให้อาการของโรคดีขึ้นและลดอัตราการก้าวหน้าของโรค ในปัจจุบันมีสารเพียงไม่กี่ชนิดที่ได้รับการรับรองให้ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่พบในโรคอัลไซเมอร์ แต่มีสารอื่น ๆ อีกมากที่กำลังอยู่ในขั้นศึกษาทดลองเพื่อนำมาใช้ต่อไปในอนาคต ทั้งนี้รวมทั้งการทดลองใช้วัคซีนด้วย





ภาพที่ 1 ขั้นตอนของการเกิดพยาธิสภาพในโรคอัลไซเมอร์ (ดัดแปลงจาก Cordell, 1994 หน้า 76) ที่มา :
จินตนา สัตยาศัย, 2555 : 202

3.1 การรักษาโดยอาศัยพื้นฐานเกี่ยวกับระบบโคลิเนอร์จิก

สมมุติฐานเกี่ยวกับโคลิเนอร์จิกนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียเซลล์โคลิเนอร์จิกภายในคอร์เท็กซ์และการลดลงของการเรียนรู้ที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ กลุ่มยาในระบบนี้จะเป็นกลุ่มยาที่ได้รับการยอมรับในการใช้กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มากที่สุด

(1) ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ cholinesterase

เอนไซม์ cholinesterase ึ่งในรูปแบบ acetylcholinesterase (AChE) และ butyrylcholinesterase (BuChE) จะมีความสำคัญในการทำลายฤทธิ์ของ ACh ทั้งนี้ในสมองปกติจะพบ AChE มากกว่า BuChE อย่างไรก็ตามในสมองที่เป็นอัลไซเมอร์พบว่า BuChE จะเพิ่มขึ้นอย่างมากในขณะที่ AChE จะลดลงและยังพบว่า BuChE น่าจะมีส่วนในการเปลี่ยน β -amyloid ในรูปที่ไม่มีพิษให้กลายเป็นรูปที่มีพิษอีกด้วย ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ cholinesterase ได้รับการสนใจอย่างมากในการนำมารักษาโรคอัลไซเมอร์

Physostigmine จะยับยั้งเอนไซม์ AChE ได้อย่างรวดเร็วและเป็นแบบผันกลับได้ (reversible) จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า Physostigmine มีผลทำให้การเรียนรู้ดีขึ้น ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์พบว่า Physostigmine ทำให้ความจำดีขึ้นแต่เป็นเพียงระยะสั้น ๆ การใช้ Physostigmine จะถูกจำกัดเนื่องจากเป็นยาที่มีระยะเวลาครึ่งชีวิตสั้น และมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลเสียในลักษณะที่เป็นกลุ่มอาการของการมีระบบโคลิเนอร์จิกทำงานมากเกินไป

Tacrine (1, 2, 3, 4-tetrahydro-9-aminoacridine, COGNEX) ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาให้ใช้เป็นยารักษาโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการอยู่ในระดับอ่อนถึงปานกลาง tacrine มีผลยับยั้ง cholinesterase ตัวอื่น ๆ การทดลองให้ tacrine ร่วมกับ lecithin ทั้ง AChE, BuChE และ cholinesterase ตัวอื่น ๆ การทดลองให้ tacrine ร่วมกับ lecithin (phosphatidyl choline) ซึ่งเป็นสารที่ใช้ในการสังเคราะห์ Ach พบว่ามีผลเพิ่มความจำได้ อย่างไรก็ตามใช้ tacrine เป็นประจำอาจพบอาการข้างเคียงในลักษณะกลุ่มอาการโคลิเนอร์จิกนอกส่วนกลางได้ เช่น อาการปิดเกร็งในช่องท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วง นอกจากนี้ยังพบว่า tacrine อาจก่อให้เกิดพิษต่อตับได้ โดยพบว่าผู้ป่วยมีเอนไซม์ transaminases ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น ทำให้จำเป็นต้องหยุดใช้ยา จากการที่ผลการรักษาไม่ดีขึ้นมากนัก และยังสามารถเกิดอาการข้างเคียงและพิษของยาได้ ทำให้ประโยชน์ใช้ทางคลินิกของ tacrine มีค่อนข้างจำกัด

Donepezil (ARICEPT) มีความสามารถยับยั้ง AChE ได้โดยเฉพาะเจาะจงโดยมีผลน้อยมากต่อเอนไซม์ BuChE ในระบบรอบนอก การยับยั้งยังคงเป็นแบบผันกลับได้ ไม่พบพิษต่อไต และมีระยะเวลาครึ่งชีวิตยาวทำให้สามารถให้ยาเพียงวันละครั้ง ในปี ค.ศ.1995 donepezil ได้รับการยอมรับจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาให้ใช้เป็นยาในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการขึ้นอ่อนจนถึงปานกลาง

(2) ยาที่กระตุ้นตัวรับโคลิเนอร์จิกโดยตรง

มีสารหลายตัวซึ่งสามารถกระตุ้นตัวรับโคลิเนอร์จิกได้โดยตรงที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคนี้มักจะมีตัวรับชนิด M_1 ค่อนข้างปกติ ในขณะที่ตัวรับชนิด M_2 ลดลงอย่างมาก ซึ่งตัวรับชนิด M_2 นี้มีหน้าที่ปรับการหลั่งของ ACh จึงมีการหาสารที่สามารถกระตุ้นตัวรับชนิด M_1 เพื่อนำมาใช้ ตัวอย่างเช่น milamiline และ xanomeline เป็นต้น

3.2 การรักษาโดยอาศัยพื้นฐานเกี่ยวกับระบบ amines

จากการที่มีข้อมูลว่าการลดลงหรือการขาดแคลนของเส้นทาง amines ในสมองอาจมีส่วนร่วมในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ทำให้มีผู้สนใจนำยาที่สามารถเพิ่มการทำงานของ amines มาใช้ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ตัวอย่างเช่น selegiline ซึ่งเป็นยายับยั้งเอนไซม์ MAO-B แบบไม่ผันกลับและใช้ในการรักษาผู้ป่วยปาร์

กินสั้นอยู่แล้ว พบว่ายานี้สามารถช่วยปรับปรุงหรือลดการเสื่อมของฟังก์ชันด้านการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ได้

3.3 Ergoloid mesylates

ยากุ่ม Ergoloid mesylates (HYDERGINE) เป็นยาตัวแรกที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาให้ใช้เป็นยารักษาภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับความจำซึ่งมีสาเหตุจากอายุ กลไกที่แท้จริงของยานี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการที่ยานี้สามารถทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดในสมอง ยับยั้งตัวรับอะดรีเนอร์จิกชนิดอัลฟา และเพิ่มกัมมันตภาพของโคลิเนอร์จิก อย่างไรก็ตามผลของยานี้ที่มีต่อฟังก์ชันด้านการเรียนรู้ไม่ค่อยเด่นชัดนัก แต่การที่ยานี้ไม่ค่อยมีอาการข้างเคียงและราคาถูก ทำให้ยังคงมีใช้กันอยู่ทั่วไป

3.4 การรักษาโดยอาศัยพื้นฐานเกี่ยวกับระบบกลูตามาเตอร์จิก (glutamatergic)

จากการที่เชื่อว่าการเกิดการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นในสมองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ น่าจะเกิดผ่านกลไกการเป็นพิษจากการกระตุ้นของกลูตามาต (ผ่านตัวรับชนิด NMDA) ทำให้เป็นที่สนใจว่าสารต้านตัวรับ NMDA น่าจะมีผลรักษาอาการของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้ ในปัจจุบันมียาที่พัฒนามาใช้ในทางคลินิกแล้ว ได้แก่ memantine (EBIXA) ทั้งนี้จะเลือกใช้ memantine เป็นยารักษาโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการขึ้นปานกลางจนถึงรุนแรง

4. การรักษาโรคอัลไซเมอร์ที่ยังอยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้า

4.1 การรักษาโดยอาศัยตัวต้านออกซิเดชัน

ในปัจจุบันมีข้อมูลมากมายที่เสนอแนะว่าความเค้นจากออกซิเดชันจะสัมพันธ์กับการสร้างอนุมูลอิสระขึ้นภายในระบบประสาท และก่อให้เกิดการตายของเซลล์ประสาท ได้มีการทดลองให้ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ได้รับวิตามินอีร่วมกับ selegiline อย่างไรก็ตามผลการทดลองไม่พบผลดีทางการรักษา

Egb 761 (TANAKAN) เป็นสารสกัดที่ได้จากใบของต้นแป๊ะก๊วย หรือจิงโกะ (Ginkgo biloba) และมีการนำมาใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศทางทวีปยุโรป ถึงแม้ว่ากลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ก็เชื่อว่า Egb 761 มีฤทธิ์ต้านออกซิเดชันได้สูง และยังมีฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด โดยการยับยั้ง platelet activating factors (PAF) ทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าน่าจะมีประโยชน์ในการรักษาเช่นกัน

4.2 การรักษาด้วย estrogen

บทบาทของ estrogen ในโรคอัลไซเมอร์นั้น มาจากผลการศึกษาที่พบว่ามีตัวรับของ estrogen อยู่ที่สมองส่วนฮิปโปแคมปัสและเซลล์ประสาทโคลิเนอร์จิก นอกจากนี้การให้ estrogen ในสตรีวัยหมดประจำเดือนยังช่วยยืดระยะเวลาและลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ด้วย ถึงแม้จะยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดแต่ก็มีการศึกษาพบว่า estrogen สามารถปรับกัมมันตภาพ (activity) ของเซลล์ประสาทโคลิเนอร์จิก และเมแทบอลิซึมของ monoamine ควบคุมการสร้าง brain-derived neurotrophic factor (BDNF) ลดความ

เป็นพิษจากการกระตุ้น ลดการบาดเจ็บจากกระบวนการออกซิเดชัน และปรับเมแทบอลิซึมของ APP อย่างไรก็ตามการใช้ estrogen ก็ยังจำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียจากการเป็นฮอร์โมนเพศด้วย

4.3 การรักษาด้วยยาต้านการอักเสบ

จากการศึกษาสมองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่ากระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นมีความสำคัญต่อการก้าวหน้าของโรค ดังนั้นจึงมีผู้เสนอแนะว่าการให้ยาที่สามารถกดกระบวนการอักเสบอาจช่วยอัตราการก้าวหน้าของโรคอัลไซเมอร์ได้ นอกจากนี้ในผู้ที่ใช้ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยังมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ต่ำกว่าคนทั่วไป ยาต้านการอักเสบที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อ cyclooxygenase-2 (COX-2) ซึ่งลดผลเสียต่อทางเดินอาหารน่าจะเป็นยาที่มีประโยชน์ต่อการรักษาโรคอัลไซเมอร์ในอนาคตอันใกล้

4.4 ยาอื่น ๆ

มียาอื่น ๆ อีกหลายชนิดที่น่าจะมีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ เช่น ยาเสริมความจำ (nootropic agent) ได้แก่ piracetam (NOOTROPIL) และยา idebenone ซึ่งสัมพันธ์กับ coenzyme Q มีผลเสริมการสร้าง ATP จากไมโทคอนเดรีย เป็นต้น (จินตนา สัตยาชัย, 2555 : 200-205)

การออกฤทธิ์ของยาในระบบประสาทกลาง (Actions of Drugs in the CNS)

1. ความจำเพาะและความไม่จำเพาะของฤทธิ์ยาในระบบประสาทกลาง (specificity and nonspecificity of CNS drug action)

ผลของยาใด ๆ ก็ตามจะถือว่ามีจำเพาะ (specificity) ก็ต่อเมื่อยานั้นมีผลต่อกลไกระดับโมเลกุล ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของเซลล์เป้าหมาย (target cell) ที่มีตัวรับสำหรับยานั้น ๆ อยู่ แต่ถ้ายาใดทำให้เกิดผลต่อเซลล์เป้าหมายหลาย ๆ ชนิดและผ่านทางกลไกระดับโมเลกุลหลาย ๆ แบบ ก็ถือว่าฤทธิ์ของยานั้นมีความไม่จำเพาะ (nonspecificity) อย่างไรก็ตามการจัดกลุ่มดังกล่าวเป็นการจัดโดยรวมแบบคร่าว ๆ ทั้งระดับโมเลกุลและระดับเซลล์หรืออวัยวะ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและการตอบสนองของยา (dose-response relationship) ทั้งนี้ยาอาจจะแสดงจำเพาะอย่างสูงเมื่อทดสอบในขนาดต่ำ ๆ แต่เมื่อเพิ่มขนาดของยาขึ้นก็มักจะแสดงจำเพาะให้เห็น การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลางส่วนมากก็มักมีจุดมุ่งหวังให้ยาไปออกฤทธิ์ที่ตัวรับเฉพาะเจาะจง ซึ่งอยู่ในบริเวณที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ผลที่เป็นความเฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย

เป็นที่น่าเสียดายว่าจากยาทั้งหลายที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันมีเพียงจำนวนน้อยมากที่มีความเฉพาะเจาะจงดังที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น ยา chlorpromazine ซึ่งเป็น dopamine (DA) antagonist สามารถยังยั้งตัวรับ dopamine ภายในสมองได้หลายชนิด ทำให้เกิดผลที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย นอกจากนี้ dopamine antagonist หลายตัวยังมีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับชนิดอื่น ๆ อีกด้วย เช่น มัสคารินิก (muscarinic), เซโรโทเนอร์จิก (serotonergic) และนอร์อะดรีเนอร์จิก (noradrenergic) ทำให้เกิดผลที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อตัวรับ ซึ่งฤทธิ์ของ

ยาที่เกี่ยวข้องกับผลเฉพาะเจาะจงทั้งต่อเป้าหมายและต่อตัวรับก็จะเป็นฤทธิ์ที่ต้องการ (desired action) ส่วนผลที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมายและต่อตัวรับก็จะเป็นอาการข้างเคียง (side effects) ของยา การพัฒนาหายาใหม่ ๆ จึงมีจุดมุ่งหวังที่จะได้ยาที่มีฤทธิ์เฉพาะเจาะจงทั้งต่อเป้าหมายและต่อตัวรับ

2. Blood-brain barrier

เซลล์บุผนังหลอดเลือดฝอย (endothelial cell) ภายในสมองจะเชื่อมต่อกันอย่างแน่นหนาเป็นแบบ tight junction และยังมีชั้นของลิพิด (lipid) ที่เรียกว่า basement membrane อยู่ทีรอบนอกอีกด้วย จะเห็นได้ว่าลักษณะดังกล่าวมีความแตกต่างจากหลอดเลือดฝอยที่บริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย ทั้งนี้หลอดเลือดฝอยทั่วไปจะพบวาระหว่างเซลล์บุผนังมีช่องว่างที่เรียกว่า gap junction ช่องว่างเหล่านี้จะยอมให้โมเลกุลที่มีขนาดใหญ่ผ่านช่องระหว่างเซลล์นี้ไปได้ สำหรับ tight junction และ basement membrane ที่พบในหลอดเลือดฝอยของสมองจะมีส่วนสำคัญในการจำกัดให้โมเลกุลจำเป็นบางชนิดเท่านั้นที่สามารถแพร่ (diffuse) ผ่านเยื่อเมทริกซ์ (matrix) ได้ ทั้งนี้ยาที่จะผ่านได้ดีควรละลายได้ดีในไขมัน นอกจากลักษณะพิเศษของหลอดเลือดแล้ว ยังสามารถพบขาของเซลล์เกลียชนิด astrocyte ห้อมล้อมหลอดเลือดภายในสมอง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการจำกัดการผ่านของสารต่าง ๆ เข้าสู่สมองอีกด้วย ลักษณะโดยรวมของเซลล์บุผนังหลอดเลือดฝอยภายในสมองที่แตกต่างจากหลอดเลือดรอบนอกนี้เองที่ประกอบเป็น Blood-brain barrier โดยที่ barrier ดังกล่าวไม่สามารถตรวจสอบทางกายภาพได้แต่จะเป็น functional barrier ที่มีความสำคัญในการเกิดการแพร่แบบกีดกัน (passive diffusion) ของสารจากกระแสเลือดที่จะเข้าสู่บริเวณต่าง ๆ ในระบบประสาทกลาง

สารบางชนิด เช่น mannitol ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะกลุ่มออสโมซิส (osmotic diuretic) สามารถทำให้เกิดการแยกตัวระหว่าง tight junctions ของ Blood-brain barrier ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ยาทำให้เกิดสภาวะขาดน้ำ ดังนั้นจึงมีการนำ mannitol มาใช้ก่อนที่จะให้ยาจำพวกเคมีรักษามะเร็ง (chemotherapy) สำหรับมะเร็งจุดประสงค์เพื่อให้เกิดช่องว่างระหว่างเซลล์บุผนังหลอดเลือดยาเคมีรักษามะเร็งจึงสามารถผ่านเข้าสู่ระบบประสาทกลางได้ดียิ่งขึ้น การได้รับ ethanol ในขนาดสูงก็อาจมีผลเปลี่ยนแปลงความยืดหยุ่นของ barrier นอกจากนี้ยังพบว่าในทารกแรกคลอดอาจมี barrier ที่ยังเจริญไม่สมบูรณ์ และผู้สูงอายุก็มักมี barrier ที่เกิดการเสื่อมสภาพตามวัยได้ ทำให้กลุ่มคนทั้งสองวัยนี้มีโอกาสเกิดพิษต่อระบบประสาทกลางจากการได้รับสารหรือยาบางอย่างได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

กลูโคส (glucose) และยาหลาย ๆ ชนิดจะผ่านเข้าสู่ระบบประสาทกลางโดยทางการแพร่แบบที่ง่ายขึ้นซึ่งเรียกว่า facilitated diffusion สารพวกนี้จะแพร่ผ่านเยื่อได้เร็วกว่าที่คาดหมายเมื่อพิจารณาจากคุณสมบัติการละลายในไขมันและขนาดของโมเลกุล ปรากฏการณ์เช่นนี้เชื่อว่าจะเกิดจากการที่มีกลไกการนำส่งสารอยู่ภายในเยื่อเซลล์ ซึ่งอาจเรียกว่า carrier-mediated transport โดยโมเลกุลหรือไอออนในสารละลายจะรวมเป็นสารเชิงซ้อนแบบหลวม ๆ กับตัวนำส่ง (carrier) ที่พื้นผิวของเยื่อ สารเชิงซ้อนนี้จะถูกนำข้ามเยื่อและปลดปล่อยออกจากตัวนำส่งที่อีกด้านของเยื่อ ยาที่ผ่าน Blood-brain barrier โดยอาศัยการแพร่แบบที่ง่ายขึ้นนี้ มักจะต้องแข่งขัน (compete) กับสารอื่นที่โดยธรรมชาติใช้กระบวนการนี้อยู่ ตัวอย่างเช่น ยา

levodopa ซึ่งใช้รักษาอาการของโรคพาร์กินสันจะผ่าน Blood-brain barrier โดยอาศัยกระบวนการขนส่งของกรดอะมิโนเป็นกลางที่มีขนาดใหญ่ (เช่น tryptophan) ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนซึ่งอุดมด้วยกรดอะมิโนเป็นกลางที่มีขนาดใหญ่จะส่งผลทำให้ levodopa ผ่านเข้าสู่ระบบประสาทกลางได้น้อยลง

การที่ทราบว่า Blood-brain barrier มีส่วนในการป้องกันหรือขัดขวางยาหลาย ๆ ชนิดมิให้เข้าสู่ระบบประสาทกลางทำให้สามารถนำคุณสมบัติดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการรักษาได้ ตัวอย่างเช่นการรักษาภาวะท้องร่วงด้วยยา diphenoxylate ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของมอร์ฟีน (morphine) แต่ละลายในไขมันได้น้อย จึงสามารถนำมาใช้ลดอาการท้องร่วงได้ดีโดยมีผลต่อระบบประสาทกลางน้อยมาก

3. ตัวกั้นอื่น ๆ ที่มีผลต่อการแพร่ของยา (Other barriers to drug diffusion)

เมื่อยาผ่าน Blood-brain barrier เข้าสู่ระบบประสาทกลางได้แล้ว ยังอาจพบตัวกั้นที่มีส่วนในการลดการแพร่ของยาได้อีก ซึ่งตัวกั้นอื่น ๆ เหล่านี้มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ชั้นไมอีลินเซลล์เกลียซึ่งอัดอยู่อย่างแน่นหนา กระบวนการดึงกลับเข้าสู่ปลายประสาท เอนไซม์ที่ใช้ในกระบวนการสลาย และช่องว่างนอกเซลล์ที่มีขนาดเล็ก ๆ ผลโดยรวมของตัวกั้นเหล่านี้จะทำให้ลดการแพร่ของยาไปสู่เนื้อเยื่อสมองที่เป็นเป้าหมายที่แท้จริง

4. Choroid plexus และผลที่มีต่อจลนศาสตร์ของยา (The choroid plexus and its effect on drug kinetics)

ภายในสมองบริเวณที่เรียกว่า Choroid plexus เป็นส่วนที่มีหน้าที่ในการสร้างน้ำไขสันหลังและยังเป็นทางที่ยาและสารบางชนิดเข้าสู่ระบบประสาทกลางอีกด้วย ตัวอย่างของยาที่เข้าสู่ระบบประสาทกลางโดยผ่านทาง Choroid plexus ได้แก่ วิตามิน ซี โฟเลท (folate) วิตามิน บี-6 (pyridoxine) deoxyribonucleosides กลูโคส และวิตามินบี-1 (thiamine) เป็นต้น

นอกจาก Choroid plexus จะเป็นทางนำเข้าของสารบางอย่างแล้ว ยังมีส่วนสำคัญในการกำจัดสารบางอย่างออกจากสมองเช่นกัน ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) หลายชนิด เช่น penicillins และ cephalosporins เมื่อเข้าสู่สมองแล้ว จะถูกสูบ (pump) หรือดึงออกจากน้ำไขสันหลังอย่างรวดเร็วที่บริเวณ Choroid plexus โดยอาศัยกระบวนการขนส่งแบบกัมมันต์ กระบวนการดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาการติดเชื้อภายในระบบประสาทกลางด้วยยาปฏิชีวนะเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น ในกรณีของเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย (bacterial meningitis) ซึ่งการอักเสบที่เกิดขึ้นมีผลทำให้เกิดการรั่วของ Blood-brain barrier กลับสู่สภาพเดิม penicillin จึงผ่าน Blood-brain barrier ได้ยากขึ้น ในขณะที่ยังคงถูกสูบออกจากน้ำไขสันหลังที่บริเวณ Choroid plexus ดังนั้นระดับ penicillin ในระบบประสาทกลางจึงลดลงอย่างมากจนอาจส่งผลให้แบคทีเรียมีการเจริญเติบโตและเกิดอาการซ้ำขึ้นอีก ในกรณีเช่นนี้จึงควรเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกสูบออกที่ Choroid plexus เช่น ceftriaxone เป็นต้น

5. บริเวณสมองที่ไม่ถูกปกป้องโดย Blood-brain barrier (Brain regions not protected by the Blood-brain barrier)

โดยธรรมชาติแล้วมิใช่ว่าสมองทุกส่วนจะได้รับการปกป้องโดย Blood-brain barrier การทำงานของสมองบางส่วนจำเป็นต้องติดต่อกับเลือดโดยไม่มีการขัดขวาง ตัวอย่างเช่น chemoreceptor trigger zone (CTZ) ที่บริเวณ area postrema ของสมอง ซึ่งบริเวณดังกล่าวทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) การไม่มีตัวกั้นที่สมองส่วนนี้มีผลทำให้ CTZ สามารถตอบสนองต่อสารที่เพิ่งจะถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้อย่างรวดเร็ว ในกรณีที่สารดังกล่าวเป็นสารพิษร่างกายจะสามารถกำจัดสารดังกล่าวออกไปโดยการอาเจียนก่อนที่จะถูกดูดซึมเข้าร่างกายมากขึ้น การกระตุ้นการอาเจียนที่ CTZ นี้จะเกิดโดยผ่านการกระตุ้นตัวรับของ dopamine และ serotonin ดังนั้นยาจำพวกนี้มีฤทธิ์คล้าย dopamine เช่น apomorphine จึงสามารถนำมาใช้เป็นยากระตุ้นให้เกิดการอาเจียนได้ นอกจากนี้ยังมีอัลคาลอยด์จากพืชอีกหลายชนิดที่มีคุณสมบัติในทำนองเดียวกัน เช่น emetine ที่มีอยู่ใน syrup of ipecac เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามยาที่เป็น antagonist หรือต้านตัวรับของ dopamine เช่น metoclopramide และ antagonist ของ serotonin เช่น ondansetron ก็สามารถยับยั้งตัวรับที่ CTZ ทำให้ลดการอาเจียนได้

สมองส่วนอื่น ๆ ที่อยู่นอก Blood-brain barrier ซึ่งมีความสำคัญ ได้แก่ ฮัยโปธาลามัส ซึ่งจำเป็นต้องรับรู้การเปลี่ยนแปลงของโปรตีนในระบบรอบนอก เพื่อควบคุมและปรับ pituitary/body feedback axis

6. ลักษณะโดยทั่วไปของยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง (General characteristics of CNS drugs)

จากการที่สมองเป็น โครงสร้างที่มีไขมันเป็นจำนวนมากและยังได้รับการปกป้องด้วยเยื่อไขมันอีกด้วย ดังนั้นยาที่ละลายได้ดีในไขมันจึงสามารถผ่านเข้าสู่สมองได้เร็วกว่ายาที่ละลายในไขมันได้น้อย

ผลของยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลางจะขึ้นกับภาวะทางสรีรวิทยาของบุคคลนั้น ๆ ด้วย เช่น ยาสลบ (enesthetics) จะมีผลสัมฤทธิ์น้อยในผู้ที่มีภาวะกระตุ้นมากเกินไป (hyperexcitable) และอาจมีผลเสริมกันกับยาอื่นที่มีฤทธิ์ในระบบประสาทกลาง

ยาที่มีผลเจาะจงต่อสารส่งผ่านประสาทระบบเดียวกันอาจให้ผลแบบเสริมกันหรือต้านฤทธิ์กันก็ได้ ดังนั้นถ้าหากใช้ยาเหล่านี้ร่วมกันก็อาจเกิดอันตรายกิริยาระหว่างยา (drug interaction) จึงควรวางแผนระหว่างการใช้ยาแต่ละชนิดด้วย

การส่งผ่านประสาทในระบบประสาทกลาง (Central Neurotransmitters)

1. Acetylcholine (Ach)

กลไกในการทำหน้าที่เป็นสารส่งผ่านประสาทที่รอยประสานประสาทของ Ach ไม่ว่าจะเป็นภายในระบบประสาทกลางหรือระบบประสาทนอกจะคล้ายคลึงกัน นั่นคือการสังเคราะห์ Ach จะเกิดภายในปลายประสาท เริ่มจาก acetate และ choline โดยอาศัยเอนไซม์ choline acetyltransferase จากนั้น Ach ที่เกิดขึ้นจะ

ถูกเก็บไว้ในถุงเล็กในปลายประสาทก่อนรอยประสานประสาท แล้วจึงถูกหลั่งออกจากปลายประสาทโดยกระบวนการ exocytosis ซึ่งขึ้นกับไอออนแคลเซียม Ach ที่หลั่งออกมาจะแพร่ผ่านช่องว่างที่รอยประสานประสาท และไปกระทำที่ตัวรับซึ่งอยู่บนเยื่อหลังรอยประสานประสาท แล้วจึงถูกหลั่งออกจากปลายประสาทโดยกระบวนการ exocytosis ซึ่งขึ้นกับไอออนแคลเซียม Ach ที่หลั่งออกมาจะแพร่ผ่านช่องว่างที่รอยประสานประสาท และไปกระทำที่ตัวรับซึ่งอยู่บนเยื่อหลังรอยประสานประสาท จากนั้นจึงถูกทำให้หมดฤทธิ์โดยเอนไซม์ acetylcholinesterase (AChE) ตัวรับสำหรับ Ach นั้นนอกจากจะพบที่บนเยื่อหลังรายประสานประสาทแล้วยังสามารถพบได้บนเยื่อก่อนรอยประสานประสาทด้วย ซึ่งอาจเป็นที่ปลายประสาทโคลิเนอร์จิกโดยเป็น autoreceptor หรืออาจพบบนปลายประสาทของระบบสารส่งผ่านประสาทอื่นก็ได้ ทั้งนี้ตัวรับดังกล่าวจะมีหน้าที่ในการปรับหรือ modulate การหลั่งของสารส่งผ่านประสาทนั้น ๆ

1.1 เส้นทางโคลิเนอร์จิกและหน้าที่ในระบบประสาทกลาง

เส้นทางโคลิเนอร์จิกสารแรกที่พบในประสาทกลางที่ได้มีการระบุไว้ได้แก่ เส้นทางระหว่างปลายของแกนประสาทนำออกของเซลล์ประสาทยับยั้งที่เรียกว่าเซลล์ Renshaw โดย Ach ที่หลั่งออกจากปลายประสาทชนิดนี้จะกระตุ้นเซลล์ Renshaw แล้วจึงกลับไปยับยั้งเซลล์ประสาทชนิด ดังนั้นเส้นทางนี้จึงจัดเป็น negative feedback loop

การศึกษาหาเส้นทางโคลิเนอร์จิกในสมองนั้นกระทำได้ไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากการขาดเทคนิคที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีในปัจจุบันมักได้มาจากการใช้เทคนิคทาง immunohistochemical staining ร่วมกับ microiontophoresis ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลไกที่โคลิเนอร์จิกมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองนั้นมักได้มาจากการศึกษาถึงผลของที่มีต่อประสาทกลาง ทั้งนี้เนื่องจากมียาหลายชนิดที่มีผลต่ออาการทำงานของ Ach ในสมอง เช่น ยาสลบ ยานอนหลับ (hypnotics) และยาสงบประสาท (sedatives) เป็นต้น ภายในสมองจะสามารถพบตัวรับของ Ach ได้ทั้งชนิด มัสคารินิก และ นิโคตินิก (nicotinic) ซึ่งคุณสมบัติของตัวรับทั้งสองชนิดนี้มีได้แตกต่างจากตัวรับที่พบในระบบประสาทรอบนอก ทั้งนี้ในระบบประสาทกลางจะมีตัวรับชนิด มัสคารินิก มากกว่าชนิด นิโคตินิก ประมาณ 10-100 เท่า

เส้นทางโคลิเนอร์จิกในสมองของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมจะพบแพร่กระจายไปทั่ว โดยเริ่มจากตัวเซลล์ประสาทที่อยู่ใน nucleus basalis หรือส่วนของ nucleus of Meynert (ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม) แล้วส่งสายใยประสาทออกไปยังคอร์เทกซ์ สมองส่วนสเตรียตัม (striatum) ก็นับว่าเป็นส่วนที่มีปริมาณ Ach และเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องสูงสุด นอกจากนี้ยังพบเซลล์ประสาทโคลิเนอร์จิกได้ในก้านสมองรวมทั้งบริเวณศูนย์ควบคุมการหายใจในเมดัลลา (medulla)

จากการศึกษาถึงผลที่มีต่อสมองเมื่อได้รับสารจำพวก agonists หรือ antagonists ทำให้สามารถสรุปหน้าที่ของระบบโคลิเนอร์จิกในสมองได้ดังนี้

1. เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการสั่น (tremor) สารที่เป็น muscarinic agonists เช่น oxotremorine และ arecoline ในปริมาณที่มากพอจะก่อให้เกิดอาการสั่น ซึ่งผลดังกล่าวยับยั้งได้ด้วย atropine (เป็น muscarinic agonists) การใช้ยาที่เป็น muscarinic agonists ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก็พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการสั่นได้ อย่างไรก็ตามนิโคติน (nicotine) ซึ่งเป็นสารประเภทอัลคาลอยด์ (alkaloid) ที่ได้จากบุหรี่และกระตุ้นตัวรับของ Ach ชนิดนิโคตินิกก็อาจทำให้เกิดอาการสั่นได้เช่นกันทั้งนี้อาการดังกล่าวไม่สามารถยับยั้งด้วย atropine จึงอาจสรุปได้ว่าตัวรับของ Ach ทั้งชนิด มัสคารินิก และนิโคตินิก น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกที่ก่อให้เกิดอาการสั่น

2. เกี่ยวข้องกับระดับของการตื่นตัว (wakefulness) และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (arousal) สารนิโคตินมีผลเพิ่มระดับของการตื่นตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ โดยพบว่าการสูบบุหรี่ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินจะกระตุ้นคลื่นไฟฟ้าของสมอง (electroencephalogram) ในขณะที่ scopolamine ซึ่งเป็นสารจำพวก cholinergic antagonist ก็ทำให้เกิดอาการสงบ (sedate)

3. เสริมความจำประเภทความจำระยะสั้น (short-term memory) จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า physostigmine (ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase ที่จะทำลาย Ach ในสมองส่งผลให้ปริมาณ Ach เพิ่มขึ้น) สามารถเพิ่มความจำ (memory) และการเรียนรู้ (learning) ได้ อย่างไรก็ตามการใช้ physostigmine ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อาจเนื่องจากความไม่จำเพาะของยานอกจากนี้สมองของผู้ป่วยยังมักจะมีจำนวนเซลล์ประสาทโคลิเนอร์จิกเหลืออยู่ไม่มากนัก ในปัจจุบันนี้ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase ในสมองก็ยังคงเป็นยาสำคัญที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้โดยมีการพัฒนาให้มีความจำเพาะในการออกฤทธิ์มากยิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้ามใช้ scopolamine (cholinergic antagonist) ก็จะทำให้เกิดภาวะความจำเสื่อมในระยะสั้น (amnesia)

4. ควบคุมการอาเจียน ที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียนภายในก้านสมองส่วนท้าย จะรับสัญญาณกระตุ้นจากหลายแหล่ง เช่น จากสมองบริเวณ CTZ และตัวกระตุ้นจากทางเดินอาหาร เป็นต้น สัญญาณเหล่านี้จะกระตุ้นศูนย์อาเจียนผ่านทางตัวรับ มัสคารินิก ดังนั้นสารพวก muscarinic antagonists จึงมีฤทธิ์ต้านการอาเจียนได้

5. เกี่ยวข้องกับการทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองส่วนเมดัลลา จากการที่พบว่าอาการพิษของสารกลุ่ม anticholinesterase จะทำให้เกิดการหยุดทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจ ดังนั้น Ach จึงน่าจะมีส่วนในการควบคุมการหายใจ

1.2 ตัวรับโคลิเนอร์จิก

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าตัวรับโคลิเนอร์จิกสามารถแบ่งออกได้เป็นตัวรับมัสคารินิกและตัวรับนิโคตินิก ซึ่งการศึกษาต่อมาทำให้รู้ว่าตัวรับนิโคตินิก มักจะเชื่อมโยงกับช่องทางไอออน โดยที่การกระตุ้นตัวรับชนิดนี้มีผลทำให้สภาพให้ซึมได้ของไอออนโซเดียมและโพแทสเซียมที่เยื่อเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ส่วนตัวรับมัสคารินิกมักจะเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นระบบสารส่งผ่านข้อมูลชั้นที่สอง ซึ่งเชื่อมโยงกับโปรตีน-จี (G-proteins)

เมื่อมีการค้นพบสารจำพวก agonists และ antagonists ที่จำเพาะมากขึ้น รวมทั้งการศึกษาโดยอาศัยเทคนิคการโคลน (cloning technique) ทำให้มีการแบ่งชนิดของตัวรับ โคลิเนอร์จิกเป็นกลุ่มย่อยมากขึ้น เช่น ตัวรับนิโคติค แบ่งเป็น (1) ตัวรับ N-m อยู่ที่ neuromuscular junction (รอยประสานประสาทระหว่างปลายประสาทยนต์หรือ motor nerve terminal และกล้ามเนื้อลาย) ซึ่งการกระตุ้นตัวรับชนิดนี้จะทำให้เกิด depolarization และการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย และ (2) ตัวรับ N-n ซึ่งพบได้ที่ปมประสาทอัตโนมัติ (autonomic ganglia) ต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) และในสมอง สำหรับตัวรับมัสคารินิกสามารถแบ่งได้เป็นอย่างน้อย 5 ชนิด ทั้งนี้การแบ่งทำโดยอาศัยความแตกต่างของระบบสารส่งผ่านข้อมูลชั้นที่สองที่ถูกกระตุ้น ได้แก่ (1) ตัวรับ M_1 พบที่ปมประสาทและต่อมคัดหลัง (secretory glands) (2) ตัวรับ M_2 พบที่กล้ามเนื้อหัวใจ และกล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle) (3) ตัวรับ M_3 พบที่กล้ามเนื้อเรียบ และต่อมคัดหลัง (4) ตัวรับ M_4 และ (5) ตัวรับ M_5 ภายในสมองจะสามารถพบตัวรับมัสคารินิกได้ทั้ง 5 ชนิด อย่างไรก็ตามหน้าที่ทางสรีรวิทยาของตัวรับแต่ละชนิดก็ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดนัก สำหรับตัวรับ M_1 , M_3 และ M_5 จะกระตุ้น โปรตีน-จี และผ่านทางเส้นทาง phosphatidyl inositol และ phospholipase C ส่วนตัวรับ M_2 และ M_4 จะเชื่อมโยงกับ โปรตีน-จีกลุ่มอื่น ซึ่งจะยับยั้ง adenylylate cyclase ส่งผลให้ปิดช่องทางของไอออนโพแทสเซียม และลดไอออนแคลเซียมในรูปอิสระ

2. Catecholamines

จากการที่มีผู้ศึกษาพบว่าถ้าสมองขาดสารพวก catecholamines เช่น noradrenaline และ dopamine จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพื้นอารมณ์ (mood) และการเคลื่อนไหว (locomotor) อย่างชัดเจน ทำให้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับ catecholamines ในสมองมากยิ่งขึ้น โดยมีข้อมูลสนับสนุนว่า noradrenaline จะมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และสัมพันธ์กับการเกิดอาการฟุ้งพล่าน (mania) และอาการซึมเศร้า (depression) ในขณะที่ dopamine จะมีส่วนการเกิด โรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคปาร์กินสัน

สารพวก catecholamines จะสังเคราะห์โดยใช้กรดอะมิโนจากอาหารเป็นสารตั้งต้น ได้แก่ phenylalanine และ tyrosine โดยมีขั้นตอนที่จำกัดอัตราความเร็ว (rate-limiting step) อยู่ที่การทำงานของเอนไซม์ tyrosine hydroxylase ซึ่งใช้เปลี่ยน tyrosine เป็น dopa โดยปกติแล้วเอนไซม์ tyrosine hydroxylase จะทำงาน โดยมีฤทธิ์สูงสุดอยู่แล้ว ดังนั้นอัตราเร็วในการสังเคราะห์ catecholamines จึงไม่ขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงตามปริมาณของ tyrosine จากอาหาร การสังเคราะห์ catecholamines อาจถูกยับยั้งได้โดยผลผลิตที่เกิดขึ้น นั่นคือการที่มี catecholamines ที่ช่องว่างระหว่างรอยประสานประสาทมากขึ้น จะส่งผลลดสัมพรรคภาพ (affinity) ของ pteridine cofactor สำหรับ tyrosine hydroxylase จึงเป็นการลดการสังเคราะห์ catecholamines

สำหรับเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับเมแทบอลิซึมของ catecholamines ได้แก่เอนไซม์ monoamine oxidase (MAO) ซึ่งจะพบภายในปลายประสาท และเอนไซม์ catechol-O-methyltransferase (COMT) ซึ่งมักพบที่ช่องว่างระหว่างรอยประสานประสาท กระบวนการที่เกิด oxidative deamination amines, serotonin และ amines อื่นๆ เช่น phenylethylamine และ tryptamine เอนไซม์ MAO จะพบได้ในเนื้อเยื่อทั่วไปโดยจะอยู่ที่เยื่อด้านนอกของไมโทคอนเดรีย นอกจากนี้กระบวนการลดฤทธิ์ของ catecholamines โดยการดึงกลับเข้าปลายประสาทก็เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญเช่นกัน

2.1 Noradrenaline

(1) เส้นทางการอะดรีเนอร์จิก และหน้าที่ในระบบประสาทกลาง

ในระบบประสาทกลางจะพบว่ามีการกระจายตัวของ noradrenaline ไม่สม่ำเสมอเหมือน Ach โดยทั่วไปจะพบว่าระบบอะดรีเนอร์จิก (adrenergic system) ในบริเวณก้านสมองส่วนล่าง ซึ่งจะแยกย้ายอยู่ที่ก้านสมองส่วนท้าย และ dorsal vagal nucleus โดยเชื่อว่ามีผลต่อการควบคุมความดันเลือด (blood pressure)

นอกจากนี้เซลล์ประสาทจากเมดัลลาข้างส่งใยประสาทไปสู่ไขสันหลังเพื่อควบคุมกล้ามเนื้ออีกด้วย อย่างไรก็ตามเส้นทางของ noradrenaline ที่สำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบจิตใจก็คือกลุ่มเซลล์จากสมองส่วน locus ceruleus (LC) ในก้านสมองที่ไปสู่ทาลามัส ฮัยโปทาลามัส ฮิปโปแคมปัส และคอร์เท็กซ์ เส้นทางนี้จะเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ (drive) และความกระตือรือร้น (motivation) ความพึงพอใจ (reward) และการหลับช่วง rapid eye movement (REM)

(2) ตัวรับอะดรีเนอร์จิก

ตัวรับอะดรีเนอร์จิก อาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ตัวรับอัลฟา (α -receptor) และตัวรับเบต้า (β -receptor) จากการศึกษาโดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ ทำให้แบ่งตัวรับอัลฟาออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อย (1) ตัวรับอัลฟา-1 และ (2) ตัวรับอัลฟา-2 ซึ่งเดิมเชื่อว่าตัวรับอัลฟา-1 จะอยู่ที่เยื่อหลังรอยประสานประสาท ในขณะที่ตัวรับอัลฟา-2 จะอยู่เฉพาะที่เยื่อก่อนรอยประสานประสาท โดยเป็นตัวยับยั้งการหลั่งของ noradrenaline อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันแล้วว่า ตัวรับอัลฟา-1 จะเป็นตัวกระตุ้น ในขณะที่ตัวรับอัลฟา-2 มักเป็นตัวยับยั้ง โดยตัวรับอัลฟา-2 สามารถพบได้ที่เยื่อหลังรอยประสานประสาทเช่นกัน ทั้งนี้การทำงานผ่านตัวรับทั้งสองชนิดจะมีความสัมพันธ์กับสารส่งผ่านข้อมูลขั้นที่สอง หรือเชื่อมโยงกับช่องทางของไอออนที่แตกต่างกัน

สำหรับตัวรับเบต้ามักมีการแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ (1) ตัวรับเบต้า-1 พบที่หัวใจ (2) ตัวรับเบต้า-2 พบที่ปอด กล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) และตับ และ (3) ตัวรับเบต้า-3 พบที่เนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ตัวรับเบต้าทุกชนิดจะเชื่อมโยงกับเอนไซม์ adenylylate cyclase โดยใน

สมองจะพบได้ทั้งชนิดเบต้า-1 และเบต้า-2 ซึ่งการก่อกัมมันต์ของตัวรับทั้งสองชนิดจะให้ผลเป็นการกระตุ้นทั้งคู่

2.2 Dopamine

(1) เส้นทางการโดปามิเนอร์จิก (dopaminergic) และหน้าที่ในระบบประสาทกลาง

ในระบบประสาทรอบนอกนั้น dopamine จัดเป็นสารที่ใช้ในการสังเคราะห์ noradrenaline แต่ในระบบประสาทกลาง dopamine จะทำหน้าที่เป็นสารส่งผ่านประสาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากการเป็นสารที่ใช้ในการสังเคราะห์ noradrenaline เซลล์ประสาทที่ใช้ dopamine เป็นสารส่งผ่านประสาทจะมีความคล้ายคลึงกับเซลล์ประสาทที่ใช้ noradrenaline ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสังเคราะห์ เก็บรักษา หลั่ง และการทำให้สารส่งผ่านประสาทหมดฤทธิ์ ส่วนที่แตกต่างกันก็คือ เซลล์ประสาทโดปามิเนอร์จิกจะไม่มีเอนไซม์ dopamine- β -hydroxylase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยน dopamine ไปเป็น noradrenaline

ในสมองของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมจะพบว่า dopamine มีความเข้มข้นสูงสุดที่สมองส่วนบาซาลแกงเกลีย และในระบบลิมบิก เส้นทางการโดปามิเนอร์จิกในสมองที่เป็นหลัก ๆ อาจแบ่งออกเป็น 3 เส้นทาง

(ก) เส้นทาง nigrostriatal เส้นทางนี้เริ่มจากเซลล์ที่มี dopamine จากสมองส่วน substantia nigra ส่งแกนประสาทนำออกไปสิ้นสุดที่

(ข) เส้นทาง mesolimbic mesocortical เส้นทางนี้จะเริ่มจากตัวเซลล์ประสาทที่อยู่ใน ventral tegmentum ของสมองส่วนกลาง ส่งแกนประสาทนำออกไปที่นีโอสเตรียตัม ระบบลิมบิก (ซึ่งรวมลิมบิกคอร์เท็กซ์) อะมิกดาลา (amygdala) นิวเคลียสแอคคัมเบน (nucleus accumbens) เซพตัม (septum) ปุ่มรับกลิ่น (olfactory tubercle) และฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ (frontal cortex) ในเส้นทางนี้เชื่อว่า dopamine จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (behavior) โดยเฉพาะเกี่ยวกับด้านอารมณ์และความชอบ ดังจะพบได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการทำงานของเซลล์โดปามิเนอร์จิกในระบบนี้จะสัมพันธ์กับการเกิดความคิดทางจิต เช่น เกิดโรคจิตเภท เป็นต้น

(ค) เส้นทาง tubero-hypophyseal ตัวเซลล์ประสาทโดปามิเนอร์จิกในบริเวณอาร์คูเอท นิวเคลียส (arcuate nucleus) ของฮัยโปทาลามัสจะส่งแกนประสาทนำออกสั้น ๆ ไปสู่ median eminence ซึ่งหน้าที่ของ dopamine ในระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อของ hypothalamus pituitary endocrine system เช่นยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมน prolactin รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน เป็นต้น

โดยปกติแล้วการอาเจียนจัดเป็นรีเฟล็กซ์ซึ่งเรียกว่า vomiting reflex จะเกิดขึ้นโดยศูนย์ควบคุมการอาเจียนในก้านสมองส่วนท้าย ศูนย์ควบคุมการอาเจียนนี้จะรับสัญญาณจากกลุ่มเซลล์ CTZ ที่บริเวณ area postrema เชื่อกันว่า CTZ จะเกี่ยวข้องกับการอาเจียนในกรณีที่สัมพันธ์กับโรค การฉายรังสี การได้รับสารพิษ รวมทั้งกรณีที่เกิดจากการเคลื่อนไหวด้วย ที่ CTZ จะพบตัวรับของสารส่งผ่านประสาทหลายชนิด เช่น Ach, dopamine, serotonin และ histamine เป็นต้น

(2) ตัวรับโดปามีนอร์จิก

จากการศึกษาทั้งทางชีวเคมีและทางพฤติกรรม ทำให้เชื่อได้ว่าในสมองมีตัวรับโดปามีนอร์จิกมากกว่า 1 ชนิด อย่างไรก็ตามเมื่อคำนึงถึงส่วนที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของยาในระบบประสาทกลาง จะพบว่าตัวรับที่สำคัญมี 2 ชนิดได้แก่ ตัวรับ D_1 และ D_2 โดยตัวรับ D_1 จะเชื่อมโยงกับการกระตุ้นเอนไซม์ adenylate cyclase ทำให้ระดับของ cyclic AMP เพิ่มขึ้น ส่วนตัวรับ D_2 จะให้ผลยับยั้ง ตัวรับทั้งชนิด D_1 และ D_2 จะพบได้ทั้งที่เยื่อหุ้มก่อนและหลังรอยประสานประสาท

ปัจจุบันพบว่าลักษณะการตอบสนองทางเภสัชวิทยาที่เหมือนกันของตัวรับโดปามีนอร์จิกไม่จำเป็นต้องผ่านทางตัวรับชนิดเดียวกันก็ได้ ตัวอย่างเช่น ตัวรับ D_1 และ D_2 จะเสริมกันในส่วนของการเคลื่อนไหว แต่จะให้ผลตรงกันข้ามในพฤติกรรมอื่น เช่น พฤติกรรมการเคี้ยวในหนู เป็นต้น

จากการศึกษาทางด้านชีววิทยาระดับโมเลกุล ทำให้สามารถแบ่งตัวรับโดปามีนอร์จิกในสมองของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมออกได้เป็นอย่างน้อย 4 ชนิด ได้แก่ D_1 , D_2 , D_3 และ D_4 ซึ่งความแตกต่างของตัวรับแต่ละชนิดจะอยู่ที่สัมพรรคภาพต่อสาร และการกระจายตัวตามส่วนต่าง ๆ ของสมอง นอกจากนี้ตัวรับ D_2 ก็ยังอาจแบ่งย่อยออกได้เป็นอีกหลายชนิด เช่น D_{2A} และ D_{2B} เป็นต้น ตัวรับโดปามีนอร์จิกจะอยู่ในกลุ่มตัวรับชนิดในเยื่อที่เชื่อมโยงกับโปรตีน-จี (G-protein-coupled transmembrane receptors) จากนี้จึงส่งผลต่อเอนไซม์ adenylate cyclase หรือการเกิด phospholipid hydrolysis ต่อไปตัวรับชนิด D_3 และ D_4 จะพบได้ที่ระบบลิมบิกแต่ไม่พบที่สเตรียตัมจึงเป็นที่สนใจในการนำมาพัฒนาหายารักษาอาการโรคจิตที่น่าจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมเคลื่อนไหวน้อยลง

3. Serotonin (5-Hydroxytryptamine, 5-HT)

Serotonin เป็นสารพวก indole ซึ่งพบในเซลล์ประสาทจำนวนมากในระบบประสาทกลาง รวมทั้งยังพบได้ในเนื้อเยื่ออื่น ๆ อีก เช่น เกล็ดเลือด (platelets) mast cells และ enterochromaffin cells ภายในทางเดินอาหาร นอกจากนี้ในธรรมชาติยังสามารถพบ Serotonin ได้ในพืชและผลไม้หลายชนิด ในส่วนของระบบประสาทรอบนอก พบว่า Serotonin จะทำหน้าที่เป็นฮอร์โมนเฉพาะที่หรือ autacoids โดยถูกหลั่งออกจากเกล็ดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัว หรือจากทางเดินอาหารมีผลทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ ส่งผลให้เพิ่มระดับความตึงหย่อน (tone) และเพิ่มการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร

การสังเคราะห์ Serotonin ภายในปลายประสาทจะต้องอาศัยกรดอะมิโน tryptophan ซึ่งได้จากอาหารหรือจากแหล่งต่าง ๆ ภายในร่างกาย โดยปกติแล้วประมาณร้อยละ 85 ของ tryptophan จะจับอยู่กับโปรตีนในพลาสมา เฉพาะรูปอิสระเท่านั้นที่สามารถเข้าสู่สมองและนำไปใช้ในการสังเคราะห์ Serotonin ได้ tryptophan สามารถถูกดัดแปลงไปเป็น Serotonin ได้โดยอาศัยเส้นทาง kynurenine หรืออาจเรียกว่า tryptophan pyrrolase ซึ่งการทำงานของเส้นทางนี้อาจเพิ่มขึ้นได้จากการกระตุ้นโดยฮอร์โมนกลุ่มสเตียรอยด์ ดังนั้นสารพวก glucocorticoids ทั้งจากธรรมชาติและการสังเคราะห์จึงสามารถเพิ่มการเปลี่ยนแปลงของ

tryptophan ในระบบรอบนอกได้ สเตียรอยด์อื่น เช่นกลุ่ม estrogens ซึ่งใช้ในยาเม็ดคุมกำเนิด (contraceptive pill) ก็มีผลกระตุ้น pyrrolase เช่นกัน จึงมีผู้เสนอแนะว่าอาจเป็นกลไกหนึ่งที่ใช้อธิบายเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มี estrogen สูง โดยการที่ estrogen ทำให้ระดับ tryptophan อิสระในเลือดลดลงจึงส่งผลลดการสังเคราะห์ serotonin ในสมอง

3.1 เส้นทางเซโรโทเนอร์จิก และหน้าที่ในระบบประสาทกลาง

เซลล์ประสาทที่มี serotonin จะอยู่รวมเป็นกลุ่มบริเวณเส้นกลางของสมองส่วนพอนส์ และส่วนบนของก้านสมอง ซึ่งเรียกว่าบริเวณ raphe area ของสมองส่วนกลาง นอกจากนี้ในสมองหนี้ยังพบเซลล์ที่มี serotonin ในบริเวณ area postrema และ caudal locus ceruleus ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมโยงระบบเซโรโทเนอร์จิกกับระบบอะดรีเนอร์จิก

จากบริเวณ raphe จะพบเส้นทางเซโรโทเนอร์จิกส่งออกไปที่บริเวณเมดัลลาและไขสันหลังซึ่งที่ไขสันหลังนั้น serotonin จะเกี่ยวข้องกับการควบคุมความเจ็บปวด อีกทางหนึ่งก็จะส่งไปยังระบบลิมบิก ได้แก่ ส่วนฮิปโปแคมปัสและคอร์เท็กซ์ ซึ่งในระบบนี้ serotonin มักจะอยู่ร่วมกับระบบอะดรีเนอร์จิก การกระจายของระบบเซโรโทเนอร์จิกในสมองมนุษย์ให้

บทบาทหน้าที่ของ serotonin ในระบบประสาทกลางนั้นพบว่าเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลับและการตื่น อารมณ์และความรู้สึก การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมทางด้านเพศ และการเกิดประสาทหลอน (hallucination) อย่างไรก็ตามการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ยังอาจมีสารส่งผ่านประสาทตัวอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

3.2 ตัวรับของ serotonin

จากการศึกษาโดยใช้ ligand binding และเทคนิคทางชีววิทยาระดับโมเลกุล ทำให้สามารถแบ่งแยกตัวรับของ serotonin ออกได้เป็นอย่างน้อย 14 ชนิด อย่างไรก็ตามการแยกแยะหน้าที่ทางสรีรวิทยาของตัวรับเหล่านี้ยังไม่สามารถทำได้อย่างชัดเจน ตัวรับของ serotonin ในสมองอาจจัดได้เป็นหลายกลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่ม 5-HT_1 ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 5-HT_{1A} , 5-HT_{1B} , 5-HT_{1D} , 5-HT_{1E} , และ 5-HT_{1F} ทั้ง 5 ชนิดจะยับยั้ง adenylyl cyclase ตัวรับชนิด 5-HT_{1A} พบได้ที่ raphe nuclei ในก้านสมอง โดยมีฟังก์ชันเป็น autoreceptor ที่ตัวเซลล์และยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทเซโรโทนิเนอร์จิก ส่วน 5-HT_{1D} มักเป็น autoreceptor บนเยื่อของปลายแกนประสาทนำออกยับยั้งการหลั่งของ serotonin ตัวรับ 5-HT_{1B} และ 5-HT_{1D} จะพบได้มากที่สมองบริเวณ substantia nigra และบาซาลแกงเกลีย จึงน่าจะควบคุมการทำงานและการหลั่ง dopamine ของเซลล์โดปามิเนอร์จิก

(2) กลุ่ม 5-HT_2 ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 5-HT_{2A} , 5-HT_{2B} , และ 5-HT_{2C} ตัวรับในกลุ่มนี้สัมพันธ์กับ phospholipase C ตัวรับชนิด 5-HT_{2A} จะพบได้อย่างกว้างขวางภายในสมอง และเกล็ดเลือด 5-HT_{2B} จะ

สัมพันธ์กับการหดตัวของกล้ามเนื้อในทางเดินอาหาร และ 5-HT_{2C} พบบริเวณ choroid plexus น่าจะมีส่วนในพฤติกรรมการกิน และความไวต่อการจับของโรคลมชัก

(3) กลุ่ม 5-HT₃ เป็นตัวรับที่มีลักษณะต่างจากตัวรับอื่น ๆ ของ serotonin โดยจะเกี่ยวกับการควบคุมช่องทางของไอออน พบที่ระบบประสาทรอบนอก เช่นที่ปลายประสาทพาราซิธพาเรติกในทางเดินอาหาร และ area postrema มี antagonists ที่สำคัญได้แก่ ondansetron และ tropisetron

(4) กลุ่ม 5-HT₄ พบกระจายทั่วร่างกาย เชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการคัดหลั่งของสารในทางเดินอาหารและ peristaltic reflex ในปัจจุบันยังเชื่อว่าตัวรับ 5-HT₄

จะเกี่ยวข้องกับการเสริมการหลั่งของ Ach ออกจากปลายประสาท ทำให้มีแนวโน้มที่จะพัฒนาซึ่งออกฤทธิ์ที่ตัวรับ 5-HT₄ เพื่อนำมาใช้รักษาภาวะความจำเสื่อมต่อไป

นอกจากนี้การใช้เทคนิคการ clone ยังทำให้พบตัวรับชนิด 5-HT₅, 5-HT₆, และ 5-HT₇ ทั้งนี้พบตัวรับ 5-HT_{5A}, และ 5-HT_{5B} ในสมองโดยมีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกับตัวรับ 5-HT_{1D} สำหรับความรู้เกี่ยวกับตัวรับ 5-HT₅ ก็มีแนวโน้มที่จะนำมาพัฒนาเกี่ยวกับการรักษาภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า รวมทั้งการควบคุมการเคลื่อนไหวและพฤติกรรมการกิน ส่วนการกระตุ้นตัวรับทั้ง 5-HT₆ และ 5-HT₇ จะสัมพันธ์กับการเพิ่ม adenylyl cyclase และเชื่อว่าจะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางด้านจิต

4. กรดอะมิโน

กรดอะมิโนเป็นสารซึ่งพบได้ทั่วไปในร่างกาย ซึ่งในระบบประสาทกลางมีกรดอะมิโนหลายตัวที่ทำหน้าที่เป็นสารส่งผ่านประสาทด้วย สำหรับกรดอะมิโนที่เป็นสารส่งผ่านประสาทนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

- (1) กรดอะมิโนที่มีฤทธิ์กระตุ้น
- (2) กรดอะมิโนที่มีฤทธิ์ยับยั้ง

4.1 กรดอะมิโนที่มีฤทธิ์กระตุ้น (Excitatory amino acids)

กรดอะมิโนในกลุ่มนี้มีตัวที่สำคัญ ๆ หลายตัว เช่น กรดกลูตามิก (glutamic acid) และกรดแอสปาร์ติก (aspartic acid) ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นเซลล์ประสาทได้สูง กรดทั้งสองชนิดนี้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในอาหาร และเกี่ยวข้องกับการกระบวนการทางด้านเมแทบอลิซึมอีกหลายอย่าง ภายในสมองจะพบว่ากรดกลูตามิกเป็นกรดอะมิโนที่พบได้มากที่สุด

- 1) เส้นทางกลูตามาเตอร์จิก (glutamatergic) และหน้าที่ในระบบประสาทกลาง

จากการที่ระดับของกรดกลูตามิกในสมองมีสูง และยังคงกระจายอยู่ทั่วไปทำให้การหาเส้นทางของกรดกลูตามิกได้ไม่ย่ายนัก อย่างไรก็ตาม ไขสันหลังจะพบว่าบริเวณด้านหลัง (dorsal) มีกรดกลูตามิกมากกว่าบริเวณท้อง (ventral) สำหรับหน้าที่ของกรดกลูตามิกในระบบประสาทกลางนั้น เชื่อว่านอกจากจะทำหน้าที่เป็นสารส่งผ่านประสาทชนิดกระตุ้นที่สำคัญแล้ว กรดกลูตามิกยังเป็นสารพิษต่อระบบประสาท (neurotoxin) ทั้งนี้ น่าจะเกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดโรคมามากมายหลายชนิดที่มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท

และจากการที่เชื่อว่ากรดกลูตามิกและอนุพันธ์จะทำลายเซลล์ประสาทโดยอาศัยกลไกการกระตุ้นจึงเรียกรวมเหล่านี้ว่า excitotoxins ตัวอย่างบทบาทของกรดกลูตามิกที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ได้แก่

(ก) เป็น excitotoxins ที่พบในอาหาร

กรดกลูตามิกหรือที่อยู่ในรูปของเกลือคือ โมโน โซเดียมกลูตาเมต (monosodium glutamate, MSG) จัดเป็นสารเติมแต่งในอาหารที่มีใช้กันมาก ซึ่งรู้จักกันในนามของ “ผงชูรส” ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา มีหลักฐานชี้แนะมากมายว่า MSG และอนุพันธ์ (เช่น kainic acid) สามารถทำลายเซลล์ประสาทในระบบประสาทกลางได้ ซึ่งเซลล์ประสาทที่ถูกทำลายได้ง่ายได้แก่ เซลล์ในบริเวณ arcuate nucleus ของฮัยโปทาลามัส ซึ่งอยู่นอก blood-brain barrier และเซลล์ประสาทในจอตา (retina) จากการทำลายเซลล์ประสาทในบริเวณ arcuate nucleus จะก่อให้เกิดกลุ่มอาการที่มีการพร่องของระบบต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine deficiency syndrome) จึงเป็นที่น่าสนใจว่าการให้ MSG จากนี้ในระบบประสาทรอบนอกยังอาจพบการตอบสนองผิดปกติเมื่อได้รับ MSG ในขนาดสูง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ใจสั่น หน้าแดง ฯลฯ ซึ่งรวมเรียกว่า “Chinese Restaurant Syndrome” หรือ “กลุ่มอาการภัตตาคารจีน”

กรดอะมิโนที่มีคุณสมบัติเป็น excitotoxin ยังสามารถพบได้จากธรรมชาติ เช่น β -N-oxalylamino-L-alanine (BOAA) จากพืชตระกูลถั่ว ชื่อ Lathyrus sativa มีรายงานแสดงว่าการบริโภคพืชดังกล่าวจะสัมพันธ์กับการเกิดอัมพาตที่เรียกว่า neurolathyrism ทำให้มีผู้เสนอแนะว่าการได้รับสารพิษจากธรรมชาติอย่างต่อเนื่องอาจมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดสถานะเสื่อมของเซลล์ประสาทในอีกหลาย ๆ โรค เช่น ปาร์กินสัน อัลไซเมอร์ และ Huntington เป็นต้น

(ข) ความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึม

ผู้ป่วยหลายกลุ่มที่มีความผิดปกติทางด้านเมแทบอลิซึมที่เกี่ยวข้องกับกรดอะมิโนชนิดกระตุ้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยกลุ่ม olivopontocerebellar degeneration (OPCD) มีการพร่องของเอนไซม์ glutamic dehydrogenase ทำให้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงกรดกลูตามิกลดลง หรือในผู้ป่วย amyotrophic lateral sclerosis (ALS) ก็จะมีระดับของกรดกลูตามิกในเลือดสูงผิดปกติ

(ค) การทำลายเซลล์ประสาทในภาวะผิดปกติต่าง ๆ

เป็นที่สงสัยกันมานานว่าการทำลายเซลล์ประสาทที่พบจากภาวะผิดปกติของระบบประสาทหลาย ๆ อย่าง เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ ขาดออกซิเจน (hypoxia) ขาดเลือด (ischemia) ฯลฯ รวมทั้งภาวะสูงวัย (aging) น่าจะมีกลไกร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาทดลองทำให้ปัจจุบันมีหลักฐานที่เสนอแนะว่าสาร excitotoxins ที่เกิดขึ้นภายในกายน่าจะเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดการทำลายของเซลล์ประสาท และน่าจะสามารถป้องกันการทำลายเซลล์ประสาทได้โดยการใช้ antagonists ของกรดกลูตามิก โดยเฉพาะ antagonists ซึ่งออกฤทธิ์ที่ตัวรับชนิด NMDA (N-methyl-D-aspartate)

(ง) ความจำ

ในปัจจุบันมีข้อมูลเป็นที่ยืนยันแล้วว่าตัวรับของกรดกลูตามิกชนิด NMDA จะเกี่ยวข้องกับการเกิดความจำชนิด long-term memory ส่งผลให้การรบกวนระบบของตัวรับ NMDA จะรบกวนการเกิด ความจำระยะยาว และการเรียนรู้

(จ) การปกป้องเซลล์ประสาท

เป็นที่น่าสนใจว่านอกจากกรดกลูตามิกจะสามารถทำลายเซลล์ประสาทแล้ว ในขนาดที่เหมาะสมกรดกลูตามิกกลับสามารถป้องกันเซลล์ประสาทจากพิษของสารบางชนิดได้ด้วย ดังมีรายงานในสัตว์ทดลองที่พบว่ากรดกลูตามิกสามารถป้องกันการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทที่เกิดจากการได้รับสารเคมีรักษา เช่น vincristine และ paclitaxel รวมทั้งลดความรุนแรงของการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทที่เกิดจากการได้รับวิตามิน บี6 ในขนาดสูง

(2) ตัวรับของกรดกลูตามิก

กรดกลูตามิกและกรดแอสปาร์ติก จะทำให้เซลล์ประสาทเกิดการ depolarize โดยผ่านทางตัวรับ ทั้งนี้ตัวรับของกรดกลูตามิกจะมีทั้งชนิดที่เป็น Ionotropic ได้แก่ ตัวรับที่เชื่อมโยงกับช่องทางของไอออนต่าง ๆ และ metabotropic ได้แก่ ตัวรับที่เชื่อมโยงกับระบบ โปรตีน-จี และสารอื่น ๆ ที่เป็นสารส่งผ่านข้อมูล ชั้นที่สอง ตัวรับชนิด Ionotropic นั้น สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยได้อย่างน้อย 3 ชนิด ได้แก่ (1) ตัวรับ NMDA กระตุ้นได้โดยสารสังเคราะห์ N-methyl-D-aspartate (2) ตัวรับ AMPA กระตุ้นได้โดย α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazole propionic acid (AMPA) ตัวรับชนิดนี้เดิมเรียกว่าตัวรับ quisqualate เนื่องจาก การศึกษาในช่วงแรก ๆ พบว่าถูกกระตุ้นได้ด้วยกรด quisqualic ซึ่งเป็นสารที่ได้จากพืช และ (3) ตัวรับ KA (kainite) กระตุ้นได้โดยกรด kainic จากสาหร่ายทะเลบางชนิด ซึ่งเคยนำมาใช้เป็นยาถ่ายพยาธิ สำหรับตัวรับชนิด metabotropic นั้นมีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยออกเป็นอย่างน้อย 6 กลุ่ม ได้แก่ mGluR₁ ถึง mGluR₆

ตัวรับของกรดกลูตามิกที่มีผู้ศึกษาค้นคว้ามากที่สุดได้แก่ ตัวรับ NMDA ทำให้ทราบถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับตัวรับชนิดนี้มากที่สุด ตัวรับ NMDA จะประกบด้วยบริเวณที่เป็นส่วนควบคุมหลายแห่ง ทั้งนี้เป็นตัวรับของกลูตาเมตโดยตรง (receptor site) และส่วนที่เป็นการปรับแต่ง (modulatory sites) ซึ่งถูกกระตุ้นโดย กลัยซีน (glycine) และ โพลีเอมีน (polyamine) โดยจะควบคุมการผ่านของไอออนแคลเซียมเป็นหลัก (และโซเดียม) ส่วนสารที่เป็น antagonists ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งบริเวณที่เป็นส่วนควบคุม ส่งผลให้ช่องทางไอออนปิดก็มีหลายตัว เช่น dizocilpine (MK 801), phencyclidine (PCP), ketamine และ dextromethorphan นอกจากนี้ช่องทางสำหรับไอออนยังถูกปิดได้ด้วยไอออนแมกนีเซียม เป็นที่เชื่อกันว่าตัวรับทั้งชนิด NMDA และ metabotropic จะเกี่ยวข้องกับหน้าที่ต่าง ๆ ของกรดกลูตามิกในระบบประสาทกลาง ดังนั้นแนวทางในการพัฒนายาที่เกี่ยวข้องจึงมักพัฒนาในกรอบของตัวรับ NMDA และ metabotropic

4.2 กรดอะมิโนที่มีฤทธิ์ยับยั้ง (Inhibitory amino acids)

ในระบบประสาทกลางพบว่ากรดอะมิโนซึ่งทำหน้าที่เป็นสารส่งผ่านประสาทแบบยับยั้งที่มีความสำคัญได้แก่ Y-aminobutyric acid (GABA) และกลัยซีน โดยที่ GABA จะมีความสำคัญในระดับบนของระบบประสาทกลาง ส่วนกลัยซีนจะมีความสำคัญในระดับไขสันหลังและเกี่ยวข้องกับการชักที่เกิดจากพิษของ strychnine เมื่อ GABA ถูกหลั่งออกจากปลายประสาท จะถูกทำให้หมดฤทธิ์โดยกระบวนการดึงกลับด้วยระบบขนส่งแบบกัมมันต์เข้าสู่ปลายประสาทหรือเซลล์เกลีย แล้วจึงถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์ GABA-transaminase การสังเคราะห์ของ GABA จะอาศัยเอนไซม์ glutamate decarboxylase โดยจะสังเคราะห์จากกลูตาเมต เมื่อมี GABA ที่รอยประสานประสาทมากพอก็จะกระตุ้น GABA autoreceptor บนเยื่อก่อนรอยประสานประสาท ทำให้ลดการหลั่งของ GABA

(1) เส้นทาง GABAergic และหน้าที่ในระบบประสาทกลาง.

เซลล์ประสาทที่ใช้ GABA เป็นสารส่งผ่านประสาทส่วนมากมักเป็น interneuron นั่นคือมีแกนประสาทนำออกสั้น ๆ และเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาทอื่น ๆ ปริมาณ GABA ในสมองจะมีมาก โดยเฉพาะในส่วนของบาซาลแกงเกลีย ฮัยโปธาลามัส, periaqueductal grey matter และฮิปโปแคมปัส นอกจากนี้ยังพบได้ใน คอร์เท็กซ์ อะมิกดาล่า และธาลามัส ในระดับไขสันหลัง GABA จะมีความสำคัญในการทำให้เกิดการยับยั้งที่เยื่อก่อนรอยประสานประสาท ทำให้ลดการหลั่งของสารส่งผ่านประสาทจากปลายประสาท จึงเชื่อว่าหน้าที่ของ GABA ในไขสันหลังน่าจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมรีเฟล็กซ์ของไขสันหลัง

ภายในสมองพบว่า GABA จะมีส่วนสำคัญในการควบคุมรีเฟล็กซ์ของซีรีเบลลัม (cerebellar reflexes) และยับยั้งการทำงานของระบบโดปามีนอร์จิกในเส้นทาง nigrostriatal ซึ่งสำคัญในระบบควบคุมการเคลื่อนไหวเอ็กซ์ตราไพรามิดัล นอกจากนี้ GABA ยังมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการลดการเกิดอาการชัก (convulsion) และลดภาวะวิตกกังวลอีกด้วย

(2) ตัวรับของ GABA

จากการศึกษาโดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ ทำให้สามารถแบ่งตัวรับ GABA ออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ GABA-A และ GABA-B ตัวรับ GABA-A จะเชื่อมโยงกับช่องทางของไอออนคลอไรด์ ซึ่งเมื่อมีการปลุกฤทธิ์ของตัวรับจะทำให้มีการเพิ่มความสามารถในการผ่านเยื่อของไอออนคลอไรด์ ส่งผลให้เซลล์เกิด hyperpolarize ตัวรับ GABA-A ส่งผลให้การเข้าเซลล์ของไอออนคลอไรด์ ยากลุ่ม barbiturates และ ethanol จะให้ผลตรงข้ามต่อช่องทางของไอออนคลอไรด์ นั่นคือมีผลทำให้ช่องทางของไอออนคลอไรด์เปิด ยากลุ่ม benzodiazepines จะมีตัวรับอยู่ใกล้กับตัวรับ GABA สำหรับตัวรับ benzodiazepines นั้น ในปัจจุบันเป็นที่ทราบแล้วว่าหน้าที่ได้ทั้งสองทางเป็นแบบ bidirectional function นั่นคือการปลุกฤทธิ์ที่ตัวรับอาจเป็น agonist หรือ inverse agonist ก็ได้ลักษณะของ inverse agonist ก็คือ สารที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล ชัก กระตุก และเกร็ง เป็นต้น ทั้งนี้โดยการลดการถ่ายทอดสัญญาณของ GABA ในปัจจุบันจึงมีการนำความรู้ในด้านนี้มาใช้ในการพัฒนายาที่มีอาการข้างเคียงลดลง

สำหรับตัวรับ GABA-B นั้นยังไม่ทราบหน้าที่ชัดเจนนัก โดยพบกระจายอยู่ทั่วไปในสมอง และที่ปลายประสาทอัตโนมัติในระบบประสาทรอบนอก โดยตัวรับ GABA-B มีส่วนในการเสริมการหลั่งของสารพวก monoamine ในคอร์เท็กซ์ได้

5. กลุ่มที่เป็นสารส่งผ่านประสาทและ/หรือปรับสัญญาณประสาท

5.1 เปปไทด์ (Peptides)

สารพวกเปปไทด์ที่มีผลต่อระบบประสาท นับว่าเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจอย่างมาก ในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น substance P , cholecystokinin (CCK) และ opioid peptides เป็นต้น ซึ่งเปปไทด์ อาจจะทำงานโดยลำพังหรืออยู่ร่วมกับสารส่งผ่านประสาทชนิดอื่นภายในเซลล์เดียวกันก็ได้ ทำให้เปปไทด์ อาจถูกจัดเป็นได้ทั้งสารส่งผ่านประสาท และ/หรือ สารปรับสัญญาณประสาท ในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของเปปไทด์ต่าง ๆ มีมากขึ้นทำให้มีการพัฒนาหาสารที่เป็น agonists และ antagonists ของเปปไทด์เพื่อนำมาใช้เป็นยารักษาความผิดปกติต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่นการพัฒนา CCK antagonists เพื่อใช้เป็นยาคลายกังวล (anxiolytics) และแก้ซึมเศร้า (antidepressants) สำหรับกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) นั้นเนื่องจากจะเกี่ยวข้องกับยาเฉพาะกลุ่ม

5.2 ไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide, NO)

ไนตริกออกไซด์จัดเป็นสารเคมีนำสัญญาณ (chemical mediator) ชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบประสาท ในปัจจุบันการทำหน้าที่เป็นสารเคมีนำสัญญาณของไนตริกออกไซด์ (รวมทั้งคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide หรือ CO)) เป็นที่ทราบกันอย่างดี ไนตริกออกไซด์สามารถซึมผ่านเยื่อเซลล์ได้อย่างรวดเร็ว ระยะเวลาครึ่งชีวิตจะขึ้นกับสิ่งแวดล้อมทางเคมี เช่นเป็นวินาทีเมื่ออยู่ในเลือดจนถึงหลายนาทีก่อนเมื่อเข้าปอด

ไนตริกออกไซด์ในระบบประสาทจะเกิดจากเอนไซม์ nitric oxide synthase ชนิดที่เป็นองค์ประกอบของระบบประสาท (constitutive neuronal form หรือ nNOS) ในสมองจะสามารถพบ nNOS ได้ทั่วไปโดยเฉพาะที่ซีรีเบลลัมและฮิปโปแคมปัส การทำงานของ nNOS จะขึ้นกับ calmodulin และถูกกระตุ้นโดยการเพิ่มความเข้มข้นของไอออนแคลเซียมภายในเซลล์ ทั้งนี้อาจเกิดจากการเกิดศักย์กิริยาและการทำงานของสารส่งผ่านประสาทหลายชนิด ผลที่เกิดจากไนตริกออกไซด์จะเกิดผ่าน 2 ทางหลัก ได้แก่

- กระตุ้น soluble guanylate cyclase ทำให้มีการสร้าง cGMP และสัญญาณต่อเนื่องจาก phosphorylation กระบวนการนี้จัดเป็นกลไกควบคุมทางสรีรวิทยาตามปกติและเกิดได้ที่ความเข้มข้นต่ำ ๆ ของไนตริกออกไซด์ (0.1 ไมโครโมล/ลิตร)

- เกิดปฏิกิริยากับอนุมูลอิสระ superoxide ทำให้เกิด peroxynitrite ซึ่งเป็นอนุมูลอิสระที่มีความเป็นพิษสูงโดยสามารถออกซิไดซ์โปรตีนต่าง ๆ ภายในเซลล์ ไนตริกออกไซด์จะก่อให้เกิดกระบวนการนี้ได้ที่มีความเข้มข้นค่อนข้างสูง (1-10 ไมโครโมล/ลิตร) ซึ่งพบได้เมื่อสมองมีภาวะขาดเลือด (brain ischemia)

จากเส้นทางหลักทั้งสองที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าไนตริกออกไซด์จะมีบทบาททั้งในการทำหน้าที่ของระบบประสาทตามปกติ (โดยเฉพาะการเกิด long-term potentiation และภาวะซึมเศร้า) และการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ (จินตนา สัตยาศัย, 2555 : 10-26)

อัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)

อัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมชนิดที่พบได้มากที่สุด ส่งผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมความคิด ความทรงจำ และการใช้ภาษา อาการของโรคจะเริ่มจากการหลงลืมที่ไม่รุนแรงจนแย่งเรื่อง ๆ ถึงขั้นไม่สามารถสนทนาโต้ตอบหรือมีการตอบสนองต่อสิ่งรอบข้าง ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างร้ายแรง โดยในปี 2558 สถิติผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในประเทศไทยมีทั้งหมดประมาณ 600,000 คน และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ

อาการของอัลไซเมอร์

อาการเริ่มแรกของโรคอัลไซเมอร์อาจมีอาการหลงลืมหรือภาวะสับสนที่ค่อย ๆ พัฒนาไปอย่างช้า ๆ โดยใช้เวลาหลายปี ซึ่งบางครั้งมีความคล้ายคลึงกับโรคอื่นจนทำให้เกิดความสับสน และอาจเข้าใจผิดไปว่าเป็นเพียงอาการหลงลืมเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้อาการในผู้ป่วยแต่ละรายก็พัฒนาช้าเร็วแตกต่างกัน ทำให้สามารถคาดเดาได้ยากว่าอาการจะแย่งเมื่อใด

อาการของโรคอัลไซเมอร์โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น อาการในช่วงต้นของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์แต่ละรายจะแตกต่างกันไป โดยสัญญาณแรกที่มีมักพบได้ก็คืออาการหลงลืมที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ต่อไปนี้

- 1) ลืมบทสนทนาหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น
- 2) วางของผิดที่ อาจไปวางในที่ที่ไม่น่าจะไปวางไว้
- 3) ลืมหรือนึกชื่อสถานที่ สิ่งของไม่ออก
- 4) ทำอะไรซ้ำ ๆ ย้ำ ๆ เช่น ถามซ้ำคำถามเดิมหลายครั้ง
- 5) ต้องใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันนานขึ้นกว่าปกติ
- 6) ความสามารถในการตัดสินใจต่ำ การตัดสินใจกลายเป็นเรื่องยาก
- 7) ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อยลง มีความลังเลที่จะทำสิ่งใหม่ ๆ มากขึ้น
- 8) อารมณ์แปรปรวนบ่อยครั้ง เช่น หงุดหงิด กระทบกระวาย วิตกกังวลกว่าปกติ หรือมีอาการสับสนเป็นช่วง ๆ

2. ระยะกลาง เมื่ออาการของโรคเริ่มพัฒนาถึงขั้นต่อมา ผู้ป่วยจะยังมีปัญหาด้านความทรงจำ ผู้ป่วยมักต้องได้รับความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว และการเข้าห้องน้ำทำธุระส่วนตัว โดยอาการที่แสดงเพิ่มขึ้นอาจมีดังนี้

- 1) การจำชื่อของคนรู้จักกลายเป็นเรื่องยากมากขึ้นทุกที พยายามนึกชื่อเพื่อนและครอบครัวแต่นึกไม่ออก
- 2) เกิดภาวะสับสนและสูญเสียการรับรู้ด้านสถานที่ เวลา และบุคคล เช่น หลงทาง หรือเดินไปเรื่อยเปื่อย โดยไม่รู้วันเวลา
- 3) การทำกิจวัตรประจำวันที่มีหลายขั้นตอนกลายเป็นเรื่องยากขึ้น เช่น การแต่งตัว
- 4) มีพฤติกรรมหมกมุ่น ทำอะไรซ้ำ ๆ หรือวุ่นวาย
- 5) ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีปัญหาในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย
- 6) มีอาการหลงผิด เชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นความจริงอย่างสนิทใจ รวมถึงอาจรู้สึกหวาดระแวงหรือสงสัยในตัวผู้ดูแลหรือครอบครัวของตนเอง
- 7) มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดหรือการใช้ภาษาสื่อสาร
- 8) มีปัญหาด้านการนอนหลับ
- 9) เกิดความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ แปรปรวนบ่อยครั้ง มีภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล หงุดหงิด กระวนกระวายยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ
- 10) ทำงานที่ต้องใช้การกะระยะได้ลำบาก
- 11) มีอาการประสาทหลอน

3. ระยะปลาย ระยะที่อาการของโรครุนแรงขึ้นอย่างมากจนนำความเศร้าเสียใจและวิตกกังวลมาให้บุคคลใกล้ชิด ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือตลอด ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว หรือการเข้าห้องน้ำ

- 1) อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่เป็น ๆ หาย ๆ กลับยิ่งแย่ลงเรื่อย ๆ
- 2) ผู้ป่วยอาจอาละวาด เรียกร้องความสนใจ และไม่ไว้วางใจผู้คนรอบข้าง
- 3) กลืนและรับประทานอาหารลำบาก
- 4) เปลี่ยนท่าทางหรือเคลื่อนไหวตัวเองลำบาก ต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 5) น้ำหนักลดลงมาก แม้จะรับประทานอาหารมากหรือพยายามเพิ่มน้ำหนักแล้วก็ตาม
- 6) มีอาการชัก
- 7) กลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่
- 8) ค่อย ๆ สูญเสียความสามารถในการพูดลงไปที่ละน้อยจนไม่สามารถสื่อสารได้
- 9) มีปัญหาด้านความทรงจำในระยะสั้นและระยะยาวอย่างร้ายแรง

อย่างไรก็ตาม บางครั้งอาการของโรคที่แย่งอย่างกะทันหัน อาจมีผลพวงมาจากการใช้ยา การติดเชื้อ โรคหลอดเลือดในสมอง หรือภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดแทรกขึ้นมาได้ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่สังเกตพบว่าอาการของตนแย่งอย่างรวดเร็วควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา

ส่วนผู้ที่มีความกังวลว่าตนเองอาจมีปัญหาด้านความทรงจำหรือเป็นโรคสมองเสื่อม หรือสงสัยว่าคนรอบข้างมีอาการคล้ายข้างต้นก็ควรสนับสนุนให้ไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาเช่นกัน และถ้าเป็นไปได้ก็ควรเสนอตัวไปเป็นเพื่อนผู้ป่วยด้วย

ทั้งนี้ ปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคสมองเสื่อมเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะซึมเศร้า ความเครียด ผลข้างเคียงจากยารักษาโรค หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งแพทย์จะสามารถช่วยตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นได้

สาเหตุของอัลไซเมอร์

อัลไซเมอร์เกิดจากการฝ่อตัวของสมองซึ่งจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและการทำงานของสมองบริเวณนั้น ๆ ส่วนสาเหตุที่สมองฝ่อตัวลงนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด จากการสังเกตสมองของผู้ป่วยอัลไซเมอร์พบว่ามี ความผิดปกติที่คาดว่าจะเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงโรค คือมีการสะสมของอะไมลอยด์พลาัค (Amyloid Plaques) ซึ่งเป็นสาร โปรตีนผิดปกติชนิดหนึ่ง มีกลุ่มใยประสาทที่พันกัน (Neurofibrillary Tangles) และสารสื่อประสาทอะซิติล โคลีน (Acetylcholine) ในสมองที่ไม่สมดุลกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเส้นเลือดในสมองของผู้ป่วยโรคนี้น้อยกว่าปกติ ถูกทำลายลง ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ประสิทธิภาพของเซลล์ประสาทลดลงและถูกทำลายทีละน้อย และเมื่อเวลาผ่านไป ความเสียหายที่เกิดขึ้นจึงแพร่กระจายไปสู่สมองหลาย ๆ ส่วน ซึ่งบริเวณที่จะได้รับผลกระทบเป็นส่วนแรกก็คือสมองที่ทำหน้าที่ด้านความทรงจำ

นอกจากสาเหตุที่คาดการณ์ข้างต้น ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ยังมี ดังนี้

1. อายุ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีส่วนทำให้เกิดการพัฒนาของโรค โดยโอกาสเสี่ยงเป็นอัลไซเมอร์จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 5 ปี หลังจากที่อยู่ล่วงผ่าน 65 ปีไปแล้ว ทั้งนี้ก็ไม่ใช่แค่ผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะเกิดโรคนี้ได้ เพราะประมาณ 1 ใน 20 ของผู้ป่วยก็มีอายุไม่เกิน 65 ปี โดยเป็นโรคอัลไซเมอร์ชนิดเกิดเร็วที่พบได้ในผู้ที่อายุตั้งแต่ประมาณ 40 ปี

2. ประวัติของบุคคลในครอบครัว พันธุกรรมเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ กระนั้นก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยแม้จะมีผู้ป่วยในครอบครัว แต่หากพบว่าสมาชิกในครอบครัวหลายคนประสบกับโรค ควรต้องรับการปรึกษากับแพทย์ถึงความเสี่ยงต่อโรคนี้เมื่ออายุมากขึ้น

3. กลุ่มอาการควานน์ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์สูง เนื่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการควานน์นั้นสามารถทำให้เกิดการสะสมของอะไมลอยด์ขึ้นในสมองจนนำไปสู่โรคอัลไซเมอร์ได้ในบางราย

ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่เคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงจะยิ่งเสี่ยงพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ยิ่งขึ้น

4. โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคนี้มีปัจจัยการเกิดมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทางที่ดีควรปรับเปลี่ยนด้วยการเลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารมีประโยชน์ รักษาน้ำหนักให้ไม่มากเกินไป ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ให้น้อยลง และตรวจสุขภาพเป็นประจำ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคอัลไซเมอร์ไปในคราวเดียวกัน

การวินิจฉัยอัลไซเมอร์

ยังไม่มีวิธีการวินิจฉัยอัลไซเมอร์ที่ยืนยันผลการตรวจได้แน่ชัดในปัจจุบัน การวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำที่สุดจะทำได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว โดยเป็นการใช้กล้องจุลทรรศน์ส่องดูการสะสมของสารอะไมลอยด์และกลุ่มใยประสาทที่พันกันในสมอง ซึ่งเป็นการตรวจที่อันตรายต่อผู้ป่วย จึงไม่นำมาใช้เมื่อมีชีวิตอยู่

อย่างไรก็ตาม แพทย์จะใช้เครื่องมือและวิธีการตรวจที่หลากหลายเพื่อช่วยในการพิจารณาว่าปัญหาด้านความทรงจำของผู้ป่วยนั้นเป็นอาการชนิดที่ “อาจเป็นโรคอัลไซเมอร์” (Possible Alzheimer’s Disease) ได้ หรือ “น่าจะเป็นโรคอัลไซเมอร์” (Probable Alzheimer’s Disease)

สำหรับการตรวจเบื้องต้นจะพิจารณาจากอาการที่ผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิดแจ้งให้ทราบ และสอบถามครอบครัวหรือคนรอบข้างของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ประวัติสุขภาพ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน พฤติกรรมและลักษณะนิสัยที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย รวมทั้งใช้การถามคำถามหรือทำแบบทดสอบความจำ การแก้ปัญหา การนับเลข หรือทักษะทางด้านภาษา เพื่อตรวจดูการทำงานของสมองในแต่ละส่วน และพิจารณาว่าควรรับการตรวจเพิ่มเติมหรือส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตรวจรักษาต่อไปหรือไม่

ขั้นต่อไปอาจเป็นการวินิจฉัยเพื่อแยกโรคอื่นที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความทรงจำได้เช่นกัน ซึ่งมักจะใช้วิธีต่อไปนี้

การตรวจร่างกายและประเมินระบบประสาท เป็นการตรวจสุขภาพทางระบบประสาทของผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบที่หลากหลาย เช่น การทดสอบปฏิกิริยาโต้กลับ ความแข็งแรงและตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการลุกจากเก้าอี้แล้วเดินไปยังอีกฝั่งของห้อง และตรวจดูประสาทสัมผัสทางการมองเห็น และการได้ยิน รวมถึงการประสานงานและความสมดุลของร่างกาย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะใช้การตรวจเลือดเพื่อช่วยตรวจแยกโรคอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของอาการสูญเสียความทรงจำได้เช่นกัน เช่น โรคความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ หรือโรคขาดวิตามินบางชนิด

การทดสอบสมรรถภาพทางจิตและการทำงานของสมอง เป็นการตรวจสถานะทางจิตโดยรวมเพื่อประเมินทักษะด้านความทรงจำและความนึกคิด หลังจากนั้นแพทย์อาจเห็นควรให้มีการประเมินด้านนี้อย่างครอบคลุมเพิ่มเติม ซึ่งการตรวจการทำงานของสมองอย่างละเอียดนี้อาจช่วยให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับระบบการทำงานทางด้านความคิดของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่มีอายุและระดับการศึกษาเดียวกันมากขึ้น

(<http://www.pobpad.com>)

4. แนวคิดเกี่ยวกับยาไรวาสติกมีน (Rivastigmine)

ยาไรวาสติกมีน (Rivastigmine) เป็นสารประกอบอินทรีย์ประเภท Carbamate ซึ่งเป็นกลุ่มยา AChEI หรือ Acetylcholinesterase inhibitor ทางคลินิกนำมาใช้รักษาภาวะความจำเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Dementia of the Alzheimer's type) และจากโรคพาร์กินสัน (Dementia due to Parkinson's disease) รูปแบบของยาแผนปัจจุบันของยานี้มีทั้งยาชนิดรับประทาน และแบบแผ่นปิดผิวหนัง

ตัวยาไรวาสติกมีนสามารถดูดซึมได้ดีจากระบบทางเดินอาหาร และจากทางผิวหนัง เมื่อตัวยาเข้าสู่กระแสเลือดจะเข้าร่วมตัวกับพลาสมาโปรตีนประมาณ 40% ตัวยานี้สามารถซึมผ่านสมองได้ จึงสามารถออกฤทธิ์บำบัดรักษาความจำเสื่อมที่อาจมีสาเหตุจากการขาดสมดุลของสารสื่อประสาท อย่างเช่น Acetylcholine ยาไรวาสติกมีนจะถูกทำลายโดยตับ และถูกกำจัดทิ้งไปกับปัสสาวะเสียเป็นส่วนใหญ่ และมีบางส่วนถูกกำจัดไปกับอุจจาระ

ยาไรวาสติกมีน มีข้อจำกัดการใช้ รวมถึงข้อควรระวังบางประการที่ผู้บริโภคร/ผู้ป่วยควรทราบดังนี้ เช่น

- หลีกเลี่ยงและห้ามใช้กับผู้ที่มิประวัติดีแพ้ยาไรวาสติกมีน หรือแพ้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ของ Carbamate

- กรณีที่ผู้ป่วยมีการใช้ยา AChEI ตัวอื่นอยู่ ถือเป็นข้อห้ามนำมาใช้ร่วมกับไรวาสติกมีน ด้วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาเหล่านั้นเพิ่มมากขึ้น

- มียาบางกลุ่มที่ห้ามใช้หรือควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยาไรวาสติกมีน ด้วยอาจจะทำให้หัวใจของผู้ป่วยเต้นช้าลง เช่นยา Acebutolol, Atenolol, Betaxolol, Bisoprolol, Carvedilol,

Esmolol, Nadolol, Nebivolol, Penbutolol, Pindolol, Propranolol, Sotalol, Timolol

- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้กับสตรีที่ตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร และเด็ก

- ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบเสมอว่า ตนเองมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง เพราะการใช้ยาไรวาสติกมีนอาจส่งผลกระทบต่ออาการโรคประจำตัวเหล่านั้นให้รุนแรงขึ้น อย่างเช่น โรคตับ โรคไต โรคหัวใจชนิดต่างๆ ตับอ่อนอักเสบ โรคลมชัก โรคแผลในทางเดินอาหาร(เช่น แผลในกระเพาะอาหาร) มีภาวะหอบหืด หรือภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมถึงมีภาวะปัสสาวะไม่ออก/ปัสสาวะขัด

- ยานี้อาจไม่เหมาะสมที่จะใช้บำบัดภาวะความจำเสื่อมซึ่งไม่ได้มีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ หรือจากโรคพาร์กินสัน

- ยาอื่น ๆ บางกลุ่มสามารถลดประสิทธิภาพการรักษาของยาไรวาสติกมีน หากนำมาใช้ร่วมกัน อย่างเช่น กลุ่มยา Anticholinergic agent

โดยทั่วไป การใช้ยาไรวาสติกมีน แบบรับประทาน แพทย์จะให้รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น พร้อมอาหาร ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตรงตามคำสั่งแพทย์และเป็นเวลาเดียวกันของแต่ละวัน จึงจะทำให้เกิดประสิทธิผลต่อการรักษาได้ดีที่สุด และ การใช้ยานี้ต้องอาศัยความต่อเนื่อง อาจต้องใช้ระยะเวลาหลายเดือนขึ้นไปจึงจะเห็นผลการรักษา นอกจากนี้ แพทย์อาจปรับขนาดการใช้ยานี้เป็นระยะๆ ทั้งนี้ขึ้นกับการตอบสนองของร่างกายผู้ป่วยต่อยานี้

อนึ่ง ยาไรวาสติกมีนไม่ได้ถูกผลิตมาสำหรับใช้กับเด็ก จึงถือเป็นข้อห้ามใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้

อาการข้างเคียง (ผลข้างเคียง) ที่พบได้บ่อยของการใช้ยาไรวาสติกมีน เช่น ท้องเสีย วิงเวียน ง่วงนอน ปวดศีรษะ เหงื่อออกมากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง เป็นต้น

ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกและส่งผลดีต่อการรักษาภาวะความจำเสื่อม อาจต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติของผู้ป่วยมาช่วยบริหารการใช้ยาด้วย และการจะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยานี้ในรูปแบบรับประทาน หรือแผ่นปิดผิวหนัง แพทย์ผู้ทำการรักษาจะเป็นผู้คัดเลือกได้อย่างเหมาะสมที่สุด

สำหรับในประเทศไทยโดยคณะกรรมการอาหารและยา จัดให้ยาไรวาสติกมีนเป็นยาควบคุมพิเศษ ซึ่งจะพบเห็นการใช้ยานี้แต่ในสถานพยาบาล โดยต้องมีใบสั่งจ่ายยาจากแพทย์เท่านั้น

หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาไรวาสติกมีน สามารถสอบถามได้จากแพทย์ หรือจากเภสัชกรตามร้านขายยาทั่วไป

ยาไรวาสติกมีนมีสรรพคุณ/ข้อบ่งใช้เพื่อ บำบัดรักษาอาการความจำเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) หรือความจำเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ที่มีภาวะพร่องสารสื่อประสาทชนิด Acetylcholine

ยาไรวาสติกมีนมีกลไกการออกฤทธิ์โดย ตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่มีชื่อว่า Acetylcholinesterase ซึ่งจะ เป็น ตัวสลายสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า Acetylcholine ส่งผลให้สาร Acetylcholine ในสมองมีปริมาณมากขึ้น และเกิดสมดุลของสารสื่อประสาทนี้ในสมอง จากกลไกเหล่านี้จึงก่อให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

ยาไรวาสติกมีนมีรูปแบบการจัดจำหน่าย เช่น

- ยาแคปซูลชนิดรับประทาน ขนาด 1.5, 3, 4.5, และ 6 มิลลิกรัม/แคปซูล
- ยาน้ำชนิดรับประทาน ขนาด 2 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร
- แผ่นปิดผิวหนัง (Dermal patch) ขนาด 4.6 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมง, 9.5 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมง และ 13.3 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมง

ยาไรวาสติกมีนมีขนาดการบริหารยา/ใช้ยา เช่น

ก. ในการรักษาความจำเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์:

- กรณีเป็นยารับประทาน: ผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป: เริ่มต้นรับประทานยาขนาด 1.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น พร้อมอาหาร หลังจากนั้นอีกประมาณ 2 สัปดาห์ แพทย์อาจปรับเพิ่มขนาดรับประทานเป็นครั้งละ 3 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง การปรับเพิ่มขนาดรับประทานครั้งต่อไปโดยแพทย์อาจเป็น 4.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง และ 6 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง โดยเว้นระยะเวลาการใช้ยาแต่ละขนาดห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์

- กรณีใช้แผ่นปิดผิวหนัง: ผู้ใหญ่: ใช้ปิดผิวหนังบริเวณช่วงบนหรือช่วงล่างของหลังผู้ป่วย หรือปิดบริเวณใต้แขนด้านบน หรือที่หน้าอกก็ได้ หลีกเลี่ยงการปิดแผ่นยาในบริเวณที่มีขนหรือที่ผิวหนังมีความมัน การใช้ยานี้ให้เริ่มปิดแผ่นยาขนาด 4.6 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมง วันละ 1 แผ่น เมื่อเวลาผ่านไปทุก ๆ 4 สัปดาห์ แพทย์อาจปรับเพิ่มขนาดการใช้ยาเป็น 9.5 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมง และ 13.3 มิลลิกรัม/24 ชั่วโมง ตามลำดับ

ข. รักษาความจำเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน:

- ผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป: กรณีเป็นยารับประทาน, ขนาดรับประทานเหมือนกับการรักษาความจำเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ แต่แพทย์มีช่วงระยะเวลาการปรับขนาดรับประทานเพิ่มขึ้นทุกๆ 4 สัปดาห์

- ส่วนการใช้ยาชนิดแผ่นปิดผิวหนัง มีวิธีใช้เหมือนกับการรักษาโรคอัลไซเมอร์

อนึ่ง:

- ในผู้อายุต่ำกว่า 18 ปี: ห้ามใช้ยานี้

- หากจำเป็นต้องใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคไตที่ระดับความรุนแรงโรคปานกลางถึงรุนแรงมาก ควรเริ่มใช้ยานี้ที่ขนาดต่ำๆก่อน

- กรณีใช้ยาไรวาสติกมีนชนิดแผ่นปิดผิวหนัง ต้องหลีกเลี่ยงการเปียกน้ำ การใช้วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ ก็สามารถทำให้อาการป่วยดีขึ้นตามลำดับเช่นเดียวกับยารับประทานวันละ 2 ครั้ง

หมายเหตุ: ขนาดและระยะเวลาในการใช้ยาที่ระบุดังกล่าวข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถใช้ทดแทนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ได้ การใช้ยาที่เหมาะสม ควรต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนเสมอ

เมื่อมีการสั่งยาทุกชนิดรวมยาไรวาสติกมีน ผู้ป่วยควรแจ้งแพทย์/พยาบาล และเภสัชกร ดังนี้

- ประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยา/ใช้ยาแล้ว คลื่นไส้มาก ขึ้นผื่น หรือ แน่นหายใจติดขัด/หายใจลำบาก

- มีโรคประจำตัวต่าง ๆ อย่างเช่น โรคตับ โรคไต โรคหืด โรคหัวใจ รวมทั้งกำลังกินยา/ใช้ยาอะไรอยู่ เพราะยาไรวาสติกมีนอาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรืออาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่น ๆ ที่กิน/ที่ใช้อยู่ก่อน

- หากเป็นสุภาพสตรีควรแจ้งว่าอยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือ กำลังให้นมบุตร เพราะยาหลายประเภทสามารถผ่านทางน้ำนม หรือรก และเข้าสู่ทารกจนก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้

หากลืมนำยาไรวาสติกมีนควรปฏิบัติดังนี้

ก. กรณีเป็นยาชนิดรับประทาน: หากลืมนำรับประทานยานี้ สามารถรับประทานเมื่อนึกขึ้นได้ ถ้าเวลาใกล้เคียงกับการรับประทานยาในมื้อถัดไป ไม่จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า

ข. กรณีเป็นยาชนิดแผ่นปิดผิวหนัง: สามารถใช้ปิดผิวหนังเมื่อนึกขึ้นได้ หากเวลาใกล้เคียงกับใช้ยาในครั้งถัดไป ไม่จำเป็นต้องเพิ่มการใช้ยาเป็น 2 แผ่น

อนึ่ง การลืมนำยานี้บ่อยครั้ง มักส่งผลให้การรักษาค่อยประสิทธิภาพลง

ยาไรวาสติกมีน สามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง) ต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้ เช่น

- ผลต่อผิวหนัง: เช่น แห้งลอกมาก มีผื่นคัน อาจพบภาวะ Stevens-Johnson syndrome

- ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด: เช่น ความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ต่ำ หัวใจเต้นช้า กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ

- ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย น้ำลายมาก ท้องอืด เกิดแผลในกระเพาะ-ลำไส้ มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ตับอ่อนอักเสบ

- ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ: เช่น กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบติดเชื้อ

- ผลต่อตับ: เช่น ตับอักเสบ ค่าเอนไซม์การทำงานของตับในเลือดเพิ่มขึ้น

- ผลต่อระบบประสาท: เช่น ตัวสั่น วิงเวียน ง่วงนอน การเคลื่อนไหวทำได้ช้าลง มีอาการชัก

- ผลต่อสภาพจิตใจ: เช่น นอนไม่หลับ รู้สึกสับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล ประสาทหลอน กระสับกระส่าย ผื่นร่าย

- ผลต่อระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย: เช่น เบื่ออาหาร ร่างกายขาดน้ำ/ภาวะขาดน้ำ

- ผลต่อระบบทางเดินหายใจ: เช่น เยื่อจมูกอักเสบ

มีข้อควรระวังการใช้ยาโรวาสติกมิน เช่น

- ห้ามใช้กับผู้ที่มีประวัติแพ้ยานี้

- ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

- ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วย โรคตับ โรคไต ระยะเวลารุนแรง

- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้กับผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจ หรือผู้ที่เพิ่งได้รับการผ่าตัด อวัยวะในช่องทางเดิน

อาหาร

- ห้ามรับประทานยานี้ร่วมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ

- ปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร อย่างเคร่งครัด และมาพบแพทย์/มาโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง

- ห้ามแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้

- ห้ามใช้ยาหมดอายุ

- ห้ามเก็บยาหมดอายุ

อนึ่ง ทุกคนต้องตระหนักถึงความปลอดภัยจากการใช้ ”ยา” ที่รวมถึง ยาแผนปัจจุบันทุกชนิด (รวมยาโรวาสติกมินด้วย) ยาแผนโบราณทุกชนิด อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร ต่างๆ เสมอ เพราะยา มีทั้งให้คุณและให้โทษ ดังนั้นเมื่อมีการใช้ยาทุกครั้ง ควรต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติพื้นฐานในการใช้ยาทุกชนิดเสมอ รวมทั้งควรต้องปรึกษาเภสัชกรประจำร้านขายยาก่อนซื้อยาใช้เองเสมอ

ยาโรวาสติกมินมีปฏิกริยาระหว่างยากับยาตัวอื่น เช่น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาโรวาสติกมินร่วมกับยา Metoclopramide ด้วยจะเพิ่ม ความเสี่ยงทำให้สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาโรวาสติกมินร่วมกับยา Cholinergic agents, Cholinesterase inhibitors, ด้วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงจากยาโรวาสติกมินมากขึ้น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาโรวาสติกมินร่วมกับยา NSAIDs ด้วยจะเกิดความเสี่ยงทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้/เลือดออกในทางเดินอาหารง่ายขึ้น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาโรวาสติกมินร่วมกับยา Anticholinergic drug ด้วยอาจส่งผล ให้การออกฤทธิ์ของยา Anticholinergic drug ค่อยประสิทธิภาพลง

ควรเก็บยาไรวาสติกมีนภายใต้อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส (Celsius) ห้ามเก็บยาในช่องแช่แข็งของตู้เย็น เก็บยาในภาชนะที่ปิดมิดชิด พ้นแสงแดด ความร้อนและความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง และไม่เก็บยาในห้องน้ำหรือในรถยนต์

ยาไรวาสติกมีน ที่จำหน่ายในประเทศไทย มียาชื่อการค้า และบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย เช่น

ชื่อการค้า	บริษัทผู้ผลิต
Exelon Patch (เอ็กเซลอน แพช)	Novartis
Exelon (เอ็กเซลอน)	Novartis
Rivasta (ไรเวस्ता)	Siam Bheasach

อนึ่ง ยาชื่อการค้าของยานี้ ที่จำหน่ายในต่างประเทศ เช่น Rivadem, Rivasmin, Rivamer, Rivadem, Srivasmin, Zeemin (สืบค้นใน <http://haamor.com>, 1 พฤษภาคม 2560)

5. แนวคิดเกี่ยวกับยาแกแลนตามีน (Galantamine)

ยาแกแลนตามีน (Galantamine) หรือ (Galantamine hydrobromide) เป็นยาในกลุ่มอะซิติลโคลีนเอสเทอเรส อินฮิบิเตอร์หรือเอซีเอชอีไอ (Acetylcholinesterase inhibitor ย่อว่า AChEI) มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในสมองของมนุษย์ที่มีชื่อว่า อะซิติลโคลีนเอสเทอเรส เอนไซม์ (Acetylcholinesterase enzyme) ซึ่งช่วยให้สารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ในสมองทำงานและออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ทางคลินิกได้นำยานี้มารักษาโรคความจำเสื่อม เช่น อัลไซเมอร์

รูปแบบยาแผนปัจจุบันของยาแกแลนตามีน จะเป็นยาชนิดรับประทาน หลังการถูกดูดซึมจากระบบทางเดินอาหาร ตัวยานี้สามารถกระจายตัวเข้าสู่กระแสเลือดได้ประมาณ 80 % - 100 % และจะเข้าร่วมตัวกับพลาสมาโปรตีน ได้ประมาณ 18 % ตัวจะค่อยทำลายและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเคมีของยานี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 7 ชั่วโมง เพื่อกำจัดยานี้ออกจากกระแสเลือด โดยผ่านทิ้งไปกับ ปัสสาวะ และอุจจาระ

ข้อจำกัดการใช้ยาแกแลนตามีนที่ผู้บริโภครักษาด้วยมีดังนี้ เช่น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคตับ โรคไตในระยะรุนแรง ผู้ที่มีอาการหัวใจเต้นช้า โรคหืด โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคกระเพาะอาหารไม่บีบตัว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคลมชัก ผู้ที่มีอาการปัสสาวะขัด

- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้กับสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงสตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร
- หลีกเลี่ยงการใช้ยาแกแลนตามีนกับผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการวางยาสลบ

- หากใช้ยากาแลนตามีนร่วมกับยาอื่นๆดังต่อไปนี้ อาจทำให้เกิดภาวะยาตีกัน(ปฏิกิริยาระหว่างยา) เช่น ยา NSAIDs, ยา กลุ่ม SSRIs, Cholinergic agents, Cholinesterase inhibitors/Acetyl cholinesterase inhibitor, Ketoconazole, และ Anticholinergics

โดยทั่วไป แพทย์มักจะสั่งจ่ายยากาแลนตามีน โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยานี้วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น หลังอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานยานี้ตรงเวลาทุกวัน ห้ามปรับขนาดรับประทานเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้ขอ คำปรึกษาจากแพทย์ ด้วยจะเสี่ยงต่ออาการข้างเคียง (ผลข้างเคียง) ของยานี้ติดตามมาได้

ปัจจุบันยากาแลนตามีนที่มีจำหน่ายในไทย ถูกจัดอยู่ในหมวดยาควบคุมพิเศษ การสั่งจ่ายยานี้จะต้อง มีใบสั่งยาจากแพทย์เพื่อยืนยันการใช้กับผู้ป่วยเท่านั้น

ยากาแลนตามีนมีสรรพคุณ/ข้อบ่งใช้เพื่อ บำบัดรักษาอาการความจำเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)

ยากาแลนตามีนมีกลไกการออกฤทธิ์โดย ตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่มีชื่อว่า Acetylcholinesterase ซึ่งจะเป็น ตัวสลาย สารสื่อประสาท ที่มีชื่อว่า Acetylcholine ส่งผลให้ Acetylcholine ในสมองมีปริมาณมากขึ้น และเกิดสมดุลของสารสื่อประสาทนี้ใหม่ จากกลไกเหล่านี้จึง ก่อให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

ยากาแลนตามีนมีรูปแบบการจัดจำหน่าย เช่น

- ยาเม็ดชนิดรับประทาน ขนาด 4,8,12,และ 24 มิลลิกรัม/เม็ด
- ยาแคปซูลชนิดรับประทาน ขนาด 8,16, และ 24 มิลลิกรัม/แคปซูล

ยากาแลนตามีน มีขนาดรับประทาน เช่น

- ผู้ใหญ่: เริ่มต้นรับประทานยาครั้งละ 4 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น หลังอาหารเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้น แพทย์อาจปรับขนาดรับประทานเป็นครั้งละ 8 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น จากนั้นอีก ประมาณ 4 สัปดาห์ แพทย์อาจปรับขนาดรับประทานเป็น 12 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น โดยขนาด รับประทานสูงสุดคือ 16 - 24 มิลลิกรัมต่อวัน

- เด็ก: ยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกในเรื่องการใช้ยานี้กับเด็ก ดังนั้นการใช้ยานี้ในเด็กจึงอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษาเป็นกรณีๆไป

หมายเหตุ: ขนาดยาและระยะเวลาในการใช้ยาที่ระบุในบทความนี้เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถใช้ทดแทนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ได้ การใช้ยาที่เหมาะสม ควรต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนเสมอ

เมื่อมีการสั่งยาทุกชนิดรวมยากาแลนตามีน ผู้ป่วยควรแจ้งแพทย์/พยาบาล และเภสัชกร ดังนี้

- ประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยา/ใช้ยาแล้ว คลื่นไส้มาก ชื่นผื่น หรือ แน่นหายใจติดขัด/หายใจลำบาก

- มีโรคประจำตัวต่าง ๆ อย่างเช่น โรคตับ โรคไต โรคหืด โรคหัวใจ รวมทั้งกำลังกินยา/ใช้ยาอะไรอยู่ เพราะยากาแลนตามีน อาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรืออาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่น ๆ ที่กิน/ที่ใช้อยู่ก่อน

- หากเป็นสุภาพสตรี ควรแจ้งว่าอยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือ กำลังให้นมบุตร เพราะยาหลายประเภทสามารถผ่านทางน้ำนม หรือรก และเข้าสู่ทารกจนก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้

หากลืมนับประทานยากาแลนตามีน สามารถรับประทานเมื่อนึกขึ้นได้ ถ้าเวลาใกล้เคียงกับการรับประทานยาในมื้อถัดไป ไม่จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า

ยากาแลนตามีนสามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง) ต่อระบบอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนี้ เช่น

- ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด: เช่น หัวใจเต้นช้า กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชีพจรเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจล้มเหลว เจ็บหน้าอก

- ผลต่อระบบเลือด: เช่น โลหิตจาง

- ผลต่อระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย: เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ร่างกายเสียน้ำ/ภาวะขาดน้ำ

- ผลต่อกกล้ามเนื้อ: เช่น กล้ามเนื้อหดเกร็งตัว/ตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง

- ผลต่อจิตประสาท: เช่น ซึมเศร้า ประสาทหลอน

- ผลต่อระบบการหายใจ: เช่น เยื่อจมูกอักเสบ

- ผลต่อผิวหนัง: เช่น แห้งออกมาก

- ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ: เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน/ปัสสาวะเป็นเลือด โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

มีข้อควรระวังการใช้ยากาแลนตามีน เช่น

- ห้ามใช้กับผู้ที่มิประวัติแพ้ยานี้

- ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร

- ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วย โรคตับ โรคไต ระยะเวลารุนแรง

- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคไตได้สุดต้น หรือผู้ที่เพิ่งได้รับการผ่าตัด อวัยวะในช่องทางเดิน

อาหาร

- ห้ามรับประทานยานี้ร่วมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ

- ระวังการใช้ยานี้กับเด็ก และผู้สูงอายุ หากจำเป็นต้องใช้ยานี้กับผู้ป่วยดังกล่าวจะต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ผู้รักษาอย่างเคร่งครัด

- ห้ามแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้
- ห้ามใช้ยาหมดอายุ
- ห้ามเก็บยาหมดอายุ

อนึ่ง ทุกคนต้องตระหนักถึงความปลอดภัยจากการใช้ "ยา" ที่รวมถึง ยาแผนปัจจุบันทุกชนิด (รวมยา กาแลนตามีนด้วย) ยาแผนโบราณทุกชนิด อาหารเสริม และสมุนไพรต่าง ๆ เสมอ เพราะยามีทั้งให้คุณและ ให้โทษ ดังนั้นเมื่อมีการใช้ยาทุกครั้ง ควรต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติพื้นฐานในการใช้ยาทุกชนิดเสมอ

ควรต้องปรึกษาเภสัชกรประจำร้านขายยาก่อนซื้อยาใช้เองเสมอ

ยากาแลนตามีนมีปฏิกิริยาระหว่างยากับยาตัวอื่น เช่น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยากาแลนตามีนร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

- หลีกเลี่ยงการใช้ยากาแลนตามีนร่วมกับยา Cholinergic agents, SSRIs Acetylcholinesterase inhibitors, Ketoconazole, ด้วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงจากยากาแลนตามีนมากขึ้น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยากาแลนตามีนร่วมกับยา Anticholinergic drug ด้วยอาจส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยา Anticholinergic drug ค่อยประสิทธิภาพลง หากไม่มีความจำเป็นใด ๆ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน สามารถเก็บยากาแลนตามีน ภายใต้อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส (Celsius) เก็บยาในภาชนะที่ปิดมิดชิด พ้นแสงแดด ความร้อนและความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง ไม่เก็บยาในห้องน้ำหรือในรถยนต์

ยากาแลนตามีนที่จำหน่ายในประเทศไทย มียาชื่อการค้า และบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย เช่น

ชื่อการค้า	บริษัทผู้ผลิต
Reminyl (เรมินิล)	Janssen-Cilag

อนึ่งชื่อการค้าของยานี้ในต่างประเทศ เช่น Nivalin, Razadyne, Razadyne ER, Lycoremine, Galamer, Galamer OD (สืบค้นใน <http://haamor.com/th>, 1 พฤษภาคม 2560)

galantamine ได้รับการอนุมัติการรักษาองค์การอาหารและยาสำหรับโรคอัลไซเมอร์จะกลับไปปี 1950 นี้คืออัลคาลอยมาจากธรรมชาติที่ยังอาจจะเป็นอาหารเสริมที่มีประสิทธิภาพมาก nootropic เหล่านี้จะมีสารประกอบสูตรเพื่อเพิ่มฟังก์ชันการคิดและอารมณ์โดยใช้บางส่วนของระบบการกำกับดูแลสมองของตัวเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผง Galantamine ทำงานเพื่อปรับระดับของสารสื่อประสาทบางอย่างในสมอง ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต โฟกัสและหน่วยความจำ

ดอกไม้อัลบานัส Galanthus Caucasus มาจากไม้ล้มลุกขนาดเล็กที่มีถิ่นกำเนิดในรัสเซียและอาร์เมเนียมันเป็นนักวิทยาศาสตร์ชาวรัสเซียคนแรกที่ค้นพบการใช้ยาหลังจากแยก Galantamine จากโรงงานและดำเนินการทดลอง ตอนแรกสารประกอบนี้ถูกกำหนดเพื่อรักษาอาการ myasthenia และอื่น ๆ ที่บกพร่องทางระบบประสาท แต่มันถูกค้นพบเร็ว ๆ นี้ว่า Galantamine อาจมีบทบาทที่มีขนาดใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับระบบในสมอง สารประกอบก็สามารถที่จะเพิ่มหน่วยความจำและโฟกัส เสริมสร้างการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและการทำงานในฐานะผู้ช่วยการนอนหลับ

อีกคุณสมบัติที่น่าสนใจของ Galantamine ก็คือว่ามันสามารถ เพื่อนำมาใช้เกี่ยวกับความฝันที่ชัดเจนแฉะมุ่มของผลกระทบของ Galantamine นี้เป็นที่น่าสนใจมากมากที่สุดเท่าที่จะช่วยให้คนที่จะรักษาควบคุมสติในการกระทำของพวกเขาในช่วงความฝัน ความสามารถนี้จะประโยชน์ในการสร้างภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามความปรารถนา ผลึกฤทธิ์เสริมอาหาร galantamine สามารถนำมาในเวลา กลางคืนด้วยเทคนิค “ตื่นกลับไปเตียง” เห็นได้ชัดว่าสามารถสร้างสถานะของฝันชัดเจนที่มีอัตราสูงของความจำ คนที่ได้ใช้มันเพื่อวัตถุประสงค์นี้รายงานการปรับปรุงในความทรงจำที่นึกถึงการทำฝันของพวกเขาชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ยังมี ช่วยเพิ่มโฟกัสและสถานะของการเตรียมพร้อม ที่ช่วยให้ระดับของความมีสติในขณะที่ฝัน เสริมโคลินที่สามารถเพิ่มไป Galantamine ของคุณเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการนี้

galantamine และ Acetylcholine ตัวรับ

หนึ่งในผลกระทบของ Galantamine คือมันจะเพิ่มการกระทำของ acetylcholine ในสมอง นี่เป็นสารสื่อประสาทที่มีประสิทธิภาพและ Galantamine ป้องกันไม่ให้รายละเอียดเพื่อให้เพิ่มระดับ ทำให้มันมีมากขึ้นส่งผลกระทบต่อสมอง ผลึกฤทธิ์เสริมอาหารอื่น ๆ อีกมากมายในการทำงานในลักษณะคล้ายกับเพิ่มหน่วยความจำ รวมทั้งอัลฟา GPC และ Acetyl L-Carnitine ทั้ง Cholinergics บวก Piracetam ซึ่งเป็น Racetam มีหน่วยความจำเพิ่มขึ้นของระดับ Acetylcholine ในคนที่สมองได้ดีขึ้น น้อย“หมอกสมอง” คมชัดจิตมากขึ้นและเพิ่มปฏิกริยาต่อสิ่งเร้า Acetylcholine เป็นกุญแจสำคัญในเซลล์สมองมีสุขภาพดี ฟังก์ชันปกติและการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทในสมองและประสาทที่เกิดขึ้นระหว่างพวกเขา

อะไร Galantamine ไม่สามารถปิดกั้นการทำงานของเอนไซม์ acetylcholinesterase ซึ่งปกติจะแบ่งลง Acetylcholine ดังนั้น โดยการป้องกันนี้ galantamine จะช่วยให้ระดับของ Acetylcholine ในสมองที่จำนวนสุขภาพ นี้จะกลายเป็นความสำคัญมากขึ้นในขณะที่เราได้รับเก่า ลดลงในระดับของ Acetylcholine ในช่วงระยะเวลาที่ค่อนข้างรับผิดชอบสำหรับเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับอายุเช่นโรคอัลไซเมอร์ นี่คือเหตุผลที่องค์การอาหารและยาได้มีมติอนุมัติ Galantamine การรักษาอัลไซเมอร์

นอกจากนี้ ผลึกฤทธิ์เสริมอาหาร galantamine มีฟังก์ชันการป้องกันในการที่จะ modulates และซ่อมแซม nicotinic ผู้รับในระบบประสาทที่เฉพาะเจาะจงเพื่อ Acetylcholine นี้ช่วยเพิ่มความกว้างของเซลล์สมองเหล่านี้เพื่อให้พวกเขามีการตอบสนองที่แข็งแกร่งกับ Acetylcholine มีอยู่แล้ว

ผลกระทบอื่น ๆ ของ Galantamine ผง

ประโยชน์ของ Galantamine ก็คือความสามารถในการควบคุมวงจรการนอนหลับ ความเชื่อก็คือบทบาทของตัวเองในการป้องกันการสลายของ Acetylcholine ในสมองช่วยในเรื่องนี้เพราะมันบล็อกยีนที่มากเกินไปของเซลล์ประสาทบางอย่าง จึงสร้างความรู้สึกของการพักผ่อนและปฏิกิริยา modulated มากขึ้นต่อสิ่งเร้าในทั่วไป นี่จะทำให้ก้าวเข้าสู่โหมดสติปัญญาง่ายมาก โดยรักษาระดับสูงของ Acetylcholine ในสมอง ระยะเวลาในการนอนหลับ REM เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อมันเป็นไปได้ที่จะมีความฝันที่ชัดเจน

งานวิจัยที่ทำการนอนหลับ REM แสดงให้เห็นว่าจะช่วยลดความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว ขณะที่การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และหน่วยความจำ แต่พวกเขาไม่ได้มีความเข้าใจที่เต็มไปด้วยทำไมหรือว่า โดยไม่ต้องรู้จักกันผลข้างเคียงใด ๆ ที่สำคัญ การ Galantamine ดูเหมือนว่าเป็นวิธีที่ง่ายที่จะช่วยให้ผู้คนได้รับชนิดของการนอนหลับที่พวกเขาต้องการที่จะดำเนินการที่ดีที่สุด

เป็นกลุ่มผงโด

galantamine เป็นอาหารเสริมที่มีประสิทธิภาพของสมอง ที่มีผลกระทบยาวนานตราบไคที่ 6 ถึง 12 ชั่วโมง เพียงแต่จากปริมาณปานกลางค่อนข้าง แต่ปริมาณที่แตกต่างกันค่อนข้างมากขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์สำหรับการถ่าย Galantamine และแน่นอนผู้ใช้ สำหรับผู้ใช้ส่วนใหญ่ปริมาณที่แนะนำคือระหว่าง 4 มก. และ 24 มิลลิกรัมต่อวัน การตั้งเวลาเป็นสิ่งสำคัญเพราะปริมาณที่ลดลงตลอดทั้งวันจริงให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าขนาดใหญ่นิ่ง หากคุณกำลังใช้ Galantamine เพื่อปรับปรุงความสามารถทางปัญญาของคุณ ยาทุกวันของคุณควรแบ่งกับยาในตอนเช้าและยาอื่นในช่วงบ่าย วิธีนี้คุณ将有ความชัดเจนจิตใจตลอดทั้งวัน ถ้าคุณจะพา Galantamine เพื่อกระตุ้นในฝันชัดเจน ยาเล็ก ๆ ก่อนนอนเป็นสิ่งที่ดี แต่คุณจะต้องยาอีกหลายชั่วโมงต่อมา (สืบค้นใน <http://nootropicsreview.org/th/galantamine-powder/>, 1 พฤษภาคม 2560)

galantamine เป็นอาหารเสริมธรรมชาติสำหรับการปรับปรุงหน่วยความจำ

galantamine hydrobromide นำมาเป็นอาหารเสริม ได้แสดงให้เห็นความสามารถที่เชื่อถือในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยความจำนี้เป็น nootropic ธรรมชาติที่สามารถเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง มันยังจะช่วยให้การทำงานของหน่วยความจำในบุคคลที่ทุกข์ทรมานจากรูปแบบของความผิดปกติทางปัญญาเสื่อมบาง ผู้ใช้งานที่อ้างว่า ช่วยเพิ่มทั้งระยะสั้นและหน่วยความจำในระยะยาวรวมทั้งการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต ความสามารถในการใช้เหตุผล โฟกัส ความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน

ต้นกำเนิดของ Galantamine hydrobromide

galantamine เป็นด่าง ซึ่งหมายความว่ามันเป็นสารประกอบพื้นฐานที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและมีการทำส่วนใหญ่ขึ้นของอะตอมไนโตรเจน galantamine พบในหลอดไฟของดอกไม้บางอย่าง ผู้จัดเป็นดอกไม้ Galanthus ตัวอย่างของดอกไม้เหล่านี้เป็นคนผิวขาววิง แมงมุมลิลลี่สีแดงและแคฟโฟดิบบางอย่าง galantamine hydrobromide ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์และปัญหาหน่วยความจำที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

galantamine ถูกค้นพบครั้งแรกในสหภาพโซเวียตและวิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับมันตลอดทั้งปี 1950 อัลคาลอยนี้ถูกมอบให้กับบุคคลที่ทุกข์ทรมานจากการด้อยค่าหน่วยความจำ สิ่งที่พวกเขาพบคือว่า Galantamine ยับยั้งเอนไซม์ กระบวนการที่เป็นเอนไซม์แบ่งลง acetylcholine สารสื่อประสาทที่สำคัญในสมอง ดิมิทาร์ Paskov นักวิทยาศาสตร์ในบัลแกเรีย พัฒนาวิธีการสกัดสารและการผลิต Galantamine hydrobromide ใน 1959

ตั้งแต่นั้นมายาเสพติดได้รับการกำหนดกันอย่างแพร่หลายในรัสเซียเช่นเดียวกับยุโรปตะวันออก สำหรับการรักษา myasthenia gravis ผงาดและโรคของกล้ามเนื้อและยนต์อื่น ๆ ในสหรัฐอเมริกา องค์การอาหารและยาได้มีมติอนุมัติ Galantamine hydrobromide การรักษาโรคอัลไซเมอร์

การใช้ประโยชน์จาก Galantamine

ควบคุมการใช้งานร่วมกันของ Galantamine เป็นเพิ่มการ nootropic หรือองค์ความรู้ nootropic เป็นชนิดของยาหรืออาหารเสริมที่มีความสามารถในการเพิ่มไอคิวโดยรวมหรือปัญญาใด ๆ การเรียนรู้ หน่วยความจำ สมาธิ และมุ่งเน้นความคมชัดและความเร็วของกระบวนการคิดทางปัญญา เฉพาะ galantamine เชื่อว่าจะเพิ่ม neuroplasticity ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นในการทำงานของหน่วยความจำ เช่นเดียวกับการเก็บรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวความทรงจำ

มีระดับต่ำในสมองของ acetylcholine มีความเกี่ยวข้องกับบางประเภทของความบกพร่องทางสติปัญญา ลดลงและรื้อรอย การ Galantamine ดูเหมือนว่าจะรับมือกับเรื่องนี้ โดยการเพิ่มระดับของ acetylcholine ในสมอง สิ่งที่ไม่สามารถบรรเทาอาการของโรคอัลไซเมอร์ แต่มันไม่สามารถได้รับการพิจารณาการรักษาเหล่านี้ประเภทของโรค นอกจากนี้ สารประกอบนี้สมองไม่ส่งเสริมการทำหน้าที่เป็นเซลล์ประสาทและอาจจะสามารถรักษาผู้ใหญ่ที่มีความเสียหายของสมอง

หลายคนใช้ Galantamine รายงานว่าพวกเขาไม่รู้สึกว่าจิตใจเครียดเมื่อพวกเขาดำเนินการเรียกร้องที่ได้รับมอบหมายและที่พวกเขาดูเหมือนจะสร้างความคิดได้เร็วขึ้นและจิตใจพวกเขาดูเหมือนจะไหลได้ง่ายขึ้นจากความคิดต่อไป ความคิดเห็นบางส่วนรายงานว่า Galantamine ช่วยให้พวกเขาผ่อนคลายดีขึ้นและยังบรรเทาอาการนอนไม่หลับของพวกเขา

ผลข้างเคียงของ Galantamine

มีจำนวนของผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรงเชื่อมโยงกับการรับประทานเป็น Galantamine เหล่านี้เป็นจริงที่หายากและไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ถ้าคุณใช้ยาตามคำแนะนำและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่มีคุณภาพของคุณ ความเสี่ยงของการประสบผลข้างเคียงที่ไม่เพิ่มขึ้นกับปริมาณที่สูงขึ้น อาการบางอย่างอาจเกิดขึ้นเมื่อคุณเริ่มใช้ Galantamine แต่เมื่อร่างกายของคุณปรับอาการมักจะหายไป ผลข้างเคียงที่เป็นไปได้มีการระบุไว้ดังนี้

- การเผาไหม้, ปัสสาวะยากหรือเจ็บปวด
- ปัสสาวะมีเมฆหรือเลือด

- ท้องเสีย
- ความเมื่อยล้า
- ความรู้สึกท้อแท้, ที่ว่างเปล่าหรือเศร้า
- ความรู้สึกที่พบบ่อยกระตุ้นให้ปัสสาวะ
- หงุดหงิด
- ขาดความกระตือรือร้น
- สูญเสียความกระหาย
- หลังหรือด้านข้างลดอาการปวด
- อาการคลื่นไส้
- กระเพาะปัสสาวะเจ็บปวด
- ปัญหาการมุ่งเน้น
- ไม่สนใจในการมีความสุขสนุกสนานหรือความสุข
- อาเจียน
- ลดน้ำหนัก

เสี่ยงด้านความปลอดภัยเพิ่มเติม ผลข้างเคียงอื่น ๆ ร่วมกันน้อยลงเป็น

- อาการปวดท้อง
- ปวดหัว
- ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ
- ไม่ย่อย
- นอนไม่หลับหรือหลับยาก
- การเต้นของหัวใจผิดปกติหรือช้า (น้อยกว่า 50 ต่อนาที)
- เลินเล่อ, เวียนศีรษะหรือเป็นลม
- ผิวคูซีด
- ง่วงนอน
- อาการคัดจมูก
- หายใจทุกข์เมื่อใช้งาน
- ซ้ำมีเลือดออกผิดปกติหรือ
- ง่วงนอนผิดปกติ, เหนื่อยหรืออ่อนแอ
- สิ้น

หากคุณพบใด ๆ ของผลข้างเคียงเหล่านี้จากการ Galantamine คุณจะต้องปรึกษาแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เพื่อขอคำแนะนำ เมื่อใช้ Galantamine ภายใต้การดูแลทางการแพทย์ที่คุณไม่ควรจะมีผลข้างเคียงใด ๆ และมันเป็นเรื่องยากมากที่ใครบางคนจะมีอาการข้างเคียงที่ร้ายแรงหรือผล แต่คนที่มีความกังวลใจที่มีอยู่ก่อนได้รับการรู้จักที่จะได้สัมผัส brachycardia หรือ atrioventricular การอุดตันจากการ Galantamine นี้คือเหตุผลที่มันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้คุณพูดคุยกับแพทย์ส่วนบุคคลของคุณก่อนที่คุณจะใช้มัน. พวกเขาสามารถตรวจสอบเพื่อดูว่าคุณมีสภาพที่มีอยู่สุขภาพบางอย่างที่จะห้ามคุณจากการถูกผู้สมัครสำหรับยาเสพติดนี้

หากคุณมีผลข้างเคียงจากการ Galantamine ที่ยังคงยังคงมีอยู่ คุณก็สามารถพิจารณาการเสริม acetylcholine ส่งเสริมอื่น ๆ เพื่อเพิ่มกิจกรรม cholinergic ผ่านกลไกที่แตกต่างกัน บางคนเลือกที่จะใช้ Huperzine เมื่อ Galantamine ไม่เห็นด้วยกับพวกเขา นอกจากนี้ยังเป็นชนิดของสารยับยั้งและมักจะถูกนำมาใช้เป็นทางเลือก ตัวเลือกอื่น ๆ อาจจะมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โคลีนเช่น Centrophenoxine, CDP โคลีน (citicoline) หรืออัลฟา GPC ทั้งหมดเหล่านี้สามารถจัดหาสมองของคุณด้วยเพิ่มเติม โคลีนที่เพิ่มขึ้นจะต้องมีการผลิตมากขึ้น acetylcholine ธรรมชาติเพิ่มระดับในการปรับปรุงการโฟกัสและหน่วยความจำการทำงานของคุณ มันเป็นสิ่งสำคัญเสมอที่จะตรวจสอบกับแพทย์ของคุณก่อนเพื่อตรวจสอบถ้ามีตัวเลือกเหล่านี้ดีกว่า อาจจะตอบสนองความต้องการของคุณถ้าคุณกำลังประสบผลข้างเคียงจาก Galantamine (สืบค้นใน <http://nootropicsreview.org/th/galantamine-side-effects/>, 1 พฤษภาคม 2560)

6. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ตัวอย่างเช่น ประเทศภูฏานได้กำหนดให้ใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness) เป็นดัชนีชี้วัดความเจริญของประเทศแทนที่จะใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products) ในขณะที่ประเทศไทยได้มีความพยายามใช้ความสุขมวลรวมประชาชาติเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เมื่อครั้งที่เข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ.2549 ว่าจะพัฒนาประเทศโดยพิจารณาจากความสุขมวลรวมประชาชาติมากกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 1-19)

สำหรับนิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนตายตัว แต่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” หมายถึง “มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา” (WHOQOL Group, 1994) ตัวอย่างเช่น คนคนหนึ่งอาจให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงานและการหาเงินเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตของเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญ

กับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัยมากกว่า หรือผู้สูงอายุอาจจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับครอบครัวและความศรัทธาต่อศาสนามากกว่าคนอ่อนวัย และบุคคลที่อยู่ในสังคมที่แตกต่างกันจะให้ความสำคัญต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตแตกต่างกัน เช่น คนในสังคมตะวันตกอาจให้ความสำคัญต่อความสำเร็จในหน้าที่การงาน แต่คนในสังคมตะวันออกอาจเห็นความสำคัญของการได้อยู่กับครอบครัวมากกว่าการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน และนอกจากนี้สำหรับสังคมไทย คนไทยให้ความสำคัญต่อสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นอย่างมาก จะสังเกตได้ว่าเมื่อมีงานพระราชพิธีเฉลิมฉลองของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ คนไทยมีความสุขโดยรวมมากขึ้น จากตัวอย่างที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกได้นิยามไว้ นอกจากคำนิยามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแล้ว ยังมีผู้ให้คำนิยามอื่น ๆ อีก เช่น ความพึงพอใจในชีวิตหรือความสุขของชีวิต (life satisfaction or happiness) (Campbell A, Converse P, Rogers WL, 1976)

ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญมากต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) จึงมีความจำเป็น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกและการรอดชีพ (survival) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) (Bungay KM, Boyer JG, Steinwald AB, Ware JE, 1996) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติ (dimension หรือ domain) ทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพทางด้านร่างกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ สุขภาพทางด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป นอกจากมิติหลักที่กล่าวมาแล้ว ยังมีมิติอื่น ๆ อีก เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการของโรคต่าง ๆ

แนวคิดของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสอดคล้องกับแนวความคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) และการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของเขา (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค (disease) และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดหรือนิยามของคำว่าสุขภาพที่ให้โดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ” (health) คือ “การมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค” (World Health Organization, 1948)

นอกจากนี้ บางครั้งมีผู้ใช้คำว่า patient-reported outcomes (PROs) แทนคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงคำทั้งสองมีความหมายแตกต่างกัน โดยที่ patient-reported outcomes มีความหมายกว้างกว่า คือรวมอาการของโรค (symptoms) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา (adherence to care) (www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS อ้างถึงใน พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 4) และความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย (patient satisfaction with care) ทั้งนี้ PROs ตัวหลัก ๆ คือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 1-4)

ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลักดังต่อไปนี้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 4-10)

1. เพื่อใช้ในการวิจัยประเมินผลลัพธ์ (Outcomes Research) ของวิธีการรักษาหรือการดูแลทางด้านสุขภาพ

โดยทั่วไปผลลัพธ์ทางด้านสาธารณสุขมี 3 ด้าน คือ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (clinical outcomes) ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) และด้านคุณภาพชีวิต (humanistic outcomes) (Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. (1993)

2. เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Practice)

คนส่วนใหญ่คิดว่าวัตถุประสงค์ของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการทำวิจัยสำหรับการประเมินผลลัพธ์ของวิธีการรักษาเท่านั้น แต่แท้จริงเราสามารถนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาใช้ติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้หลายแง่มุมดังต่อไปนี้ (McHorney CA, 1999)

2.1 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เช่น ถามว่าสุขภาพของคุณในตอนนี้เมื่อเทียบกับเดือนที่แล้วเป็นอย่างไร โดยให้เลือกจาก 5 ตัวเลือก ได้แก่ ดีกว่าเดิมมาก ดีกว่าเดิมเล็กน้อย เหมือนเดิม แย่ลงเล็กน้อย แย่ลงมาก การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยนอกจากจะทำให้ทราบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว อาจนำไปสู่การค้นหาคำอธิบายสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าวต่อไป

2.2 เพื่อตรวจหาภาวะทุพพลภาพและโรคในระยะเริ่มต้น เช่น การศึกษาหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา (Wasson JH, Stukel TA, Weiss JE, Hays RD, Jette AM, Nelson EC., 1999) ได้ประเมินผลของการที่ผู้ป่วยสูงอายุ (ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) มีการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองเทียบกับการดูแลรักษาตามปกติโดยไม่มีการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีการรายงานภาวะสุขภาพด้วยตนเองได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำงานทางด้านร่างกายป้องกันปัญหาจากการหกล้ม และได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาเรื่องความจำมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เพื่อการติดตามพยาธิสภาพของโรคและการตอบสนองต่อการรักษา เช่น มีการศึกษาที่พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถทำนายหรือเป็นปัจจัยที่บ่งบอก (prognostic factor) ของการรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งได้ (Park SH, Cho MS, Kim YS, Hong J, Nam E, Park J, 2008 and Bonnetain F, Paoletti X, Collette S, Doffoel M, Bouche O, Raoul JL, 2008) และในผู้ป่วยที่เป็น alveolar hypoventilation ที่ต้องได้รับ nocturnal ventilator support (Olofson J, Dellborg C, Sullivan M, Midgren B, Caro O, Bergman B, 2009) มีความพยายามที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับผลลัพธ์ทางด้านคลินิกเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญต่อการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีทั้งการศึกษาที่พบและไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

4. เพื่อการวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับความชอบของผู้ป่วย การประเมินคุณภาพชีวิตจะทำให้เราทราบปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์หรือผู้ให้บริการอื่น ๆ ทราบว่าจะให้การรักษาแบบใดกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยามากและต้องการให้แพทย์ปรับลดขนาดยาลงหรือเปลี่ยนยาหรือผู้ป่วยยังรู้สึกไม่พอใจต่อผลการรักษาจากรูปแบบหรือวิธีการรักษาที่ได้รับ

5. เพื่อเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นประจำในผู้ป่วยมะเร็งจะช่วยเพิ่มการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทำให้แพทย์ได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งสามารถค้นหาปัญหาในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ (Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, 2004 and Detmar SB, Muller MJ, Schnagel JH, Wever LD, Aaronson NK. 2002)

ประเภทของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โดยทั่วไปวิธีการวัดคุณภาพชีวิตมีอยู่ 2 แบบ คือ วิธีวัดแบบมาตรฐานและวิธีวัดแบบรายบุคคล ซึ่งแต่ละวิธีมีเครื่องมือวัดที่หลากหลาย ดังต่อไปนี้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 11-19)

1. วิธีวัดแบบมาตรฐาน (Standard or Need Approach)

วิธีนี้จะใช้แบบสอบถามที่มีคำถามที่เหมือนกันสำหรับถามทุก ๆ คน โดยเป็นคำถามที่จำเป็นสำหรับประเมินสิ่งที่พื้นฐาน (basic needs) และให้น้ำหนักหรือความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อเท่า ๆ กัน ซึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตส่วนมากที่ใช้ในปัจจุบันจะใช้วิธีนี้เป็นหลัก โดยสามารถแบ่งประเภทได้ดังต่อไปนี้ (Ware JE, 1992)

1.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามลักษณะประชากร

ก. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic Instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ในประชากรทั่วไป ไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้ แต่

ข้อเสีย คือ อาจจะไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือภาวะสุขภาพเนื่องจากคำถามไม่จำเพาะโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง

ข. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific Instrument) เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease specific instrument) และแบบเฉพาะอายุ (age-specific instrument) ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ แต่อาจจะไม่ครอบคลุมมิติของชีวิตด้านอื่น ๆ และไม่สามารถนำคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคได้

1.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบ่งตามการรายงานคะแนน

ก. Profile Scores เป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามมิติ (domain/dimension) ของคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีการรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์โดยรวมออกมาเป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียว (single index score) หรือที่เรียกว่า คะแนน “อรรถประโยชน์” ซึ่งการที่ไม่รายงานคะแนนดังกล่าวทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้ ส่วนใหญ่เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะแบบทั่วไปหรือแบบเฉพาะจะมีการรายงานคะแนนตามมิติมากกว่าคะแนนอรรถประโยชน์

ข. Index Scores เป็นเครื่องมือที่ใช้วิธีการวัด utility หรืออรรถประโยชน์ ซึ่งจะให้คะแนนที่เป็นตัวเลขดัชนีเพียงค่าเดียว อยู่ในช่วง 0-1 โดยทั่วไป 0 หมายถึง ความตาย (death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health) และสามารถนำคะแนนอรรถประโยชน์นี้มาคำนวณหาจำนวนปีสุขภาพะซึ่ง เป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและ ต้นทุน-อรรถประโยชน์ แต่ข้อเสียของคะแนนอรรถประโยชน์ คือ ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และวิธีการประเมินค่อนข้างยาก

2. วิธีวัดแบบรายบุคคล (Individualized or Want Approach)

วิธีนี้จะตรงกันข้ามกับวิธีวัดแบบมาตรฐาน คือจะให้ผู้ถูกประเมินแต่ละรายคิดเกี่ยวกับมิติของชีวิตที่คิดว่าจะมีความสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตของตนเอง และให้คะแนนความสำคัญของมิติแต่ละมิติตามลำดับความสำคัญในชีวิตของตนเอง

หลักเกณฑ์ในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

หลักเกณฑ์ในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีหรือที่เรียกว่า “คุณสมบัติทางด้านจิตวิทยา (psychometric properties)” ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้งาน ได้จริง (practicality) ความเที่ยง (reliability) ความตรง (validity) และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ (responsiveness) และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกระบวนการแปลแบบสอบถามมาตรฐานจากภาษาอื่นมาเป็นภาษาไทย

สรุปการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การประเมินผลกระทบของโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ เพื่อใช้ในการทำวิจัยประเมินผลสัมฤทธิ์ของวิธีการรักษาและเพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถใช้แบบสอบถามแบบมาตรฐานหรือประเมินรายบุคคล และเครื่องมือที่ใช้ประเมินมีทั้งแบบทั่วไป แบบเฉพาะโรค และเครื่องมือวัดอรรถประโยชน์

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

ในการประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ มักจะใช้แบบสอบถามทั้งประเภททั่วไปและแบบเฉพาะโรคควบคู่กันไป ถึงแม้ว่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปจะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพน้อยกว่าแบบเฉพาะโรคก็ตาม เหตุผลก็คือว่าในการประเมินคุณภาพชีวิตเราต้องการรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม รวมทั้งภาวะสุขภาพในมิติต่าง ๆ ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะมาจากสาเหตุที่เกี่ยวกับโรคที่เราสนใจจะวัดอยู่หรือไม่ก็ตาม เพราะการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ดูแลผู้ป่วยทั้งชีวิตของเขาไม่ใช่เพียงแต่การดูแลโรคของเข่าเพียงอย่างเดียว และตามนิยามขององค์การอนามัยโลก “สุขภาพคือการมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค” (World Health Organization, 1948) (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 21)

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปยังช่วยให้สามารถเปรียบเทียบสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เราศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่ใช้เครื่องมือแบบทั่วไปอันเดียวกัน ((Bungay KM, Boyer JG, Steinwald AB, Ware JE, 1996),(Cramer J, Spilker B, 1998) ซึ่งการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในขณะที่เครื่องมือแบบเฉพาะโรคไม่สามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มโรคได้ แต่สามารถเปรียบเทียบในโรคเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน (เช่น ต่างเชื้อชาติกัน ฯลฯ) ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดอย่างมากของเครื่องมือแบบเฉพาะโรคแต่เป็นข้อเด่นที่สำคัญของเครื่องมือแบบทั่วไป

นอกจากเหตุผลสองข้อดังกล่าวมาข้างต้นแล้ว เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่สามารถรายงานคะแนนอรรถประโยชน์ ยังสามารถนำมาใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คือการคำนวณจำนวนปีสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและใช้บ่อยมากที่สุดในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลและการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ ((Gold MR, Russell LB, Siegel JE, Weinstein MC, 1996),(Drummond, ME, Sculpher MJ, Torrance Gw, O'Brien BJ, Stoddart GL, 2005)) ซึ่งเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไม่สามารถให้ค่าอรรถประโยชน์ จึงไม่สามารถนำมาใช้ประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มีความพยายามที่จะหาค่าอรรถประโยชน์จากเครื่องมือแบบเฉพาะโรคโดยใช้วิธีการทางสถิติ เช่น สมการความถดถอย

1. มิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ((Maciejewski ML, Generic Measures, 2006),(Naughton MJ, Shumaker SA, 1998)

1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทํากิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร

ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ

ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นเกมกีฬา หรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก

1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ

1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์

1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง

1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง

1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลา

การปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ

1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้

1) คุณภาพชีวิต โดยรวม หรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มี ความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด

2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกรวมมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย

3. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่ใช้บ่อย

3.1 เครื่องมือประเมินแบบมิติเดียว (Unidimensional Health Status Measures) หมายถึง เครื่องมือที่ประเมินสุขภาพเพียงมิติเดียว อาจจะเป็นคำถามเพียงคำถามเดียวหรือมีหลายคำถามแล้วรายงาน

เป็นคะแนนรวม ในกรณีที่เครื่องมือใช้คำถามเดียวอาจจะถามถึงความผาสุกโดยรวมหรือภาวะสุขภาพโดยรวมก็ได้ หรืออาจจะถามเกี่ยวกับมิติทางสุขภาพอื่น ๆ อย่งไรก็ตามการประเมินคุณภาพชีวิตควรใช้หลายคำถามในแต่ละมิติเพื่อที่จะเพิ่มความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) ของแบบสอบถาม ตัวอย่างเครื่องมือประเมินแบบมิติเดียวที่ใช้หลายคำถามมีดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย เช่น Katz Index (Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW, 1963) และ Barthel Index (Mahoney FI, Barthel DW, 1965) ซึ่งเป็นเครื่องมือสองชนิดที่มีชื่อเสียงมากในการประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย โดยจะประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น เครื่องมือ Barthel Index จะมีคำถาม 10 ข้อ ที่ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องการอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว การเดิน การขึ้นและลงบันได การขับปัสสาวะและการขับถ่าย และการรับประทานอาหาร โดยมีคะแนนรวม 100 คะแนน โดยที่ 100 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่หรือไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเลย เครื่องมือนี้โดยส่วนใหญ่จะใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ ซึ่งจะประเมินอารมณ์ทั้งทางด้านบวกหรือด้านลบ เช่น เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอยู่หลายชนิด เช่น Beck Depression Inventory (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J, 1961) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี มักใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยทางคลินิกในผู้ใหญ่ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนน 0-3 ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน โดยคะแนน 10-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง คะแนน 19-29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง และคะแนนมากกว่า 30 หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น Social Support Survey (Sherbourne CD, Stewart AL, 1991) เป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support), การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (information support), การสนับสนุนที่มองเห็นได้ (tangible support), การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก (positive social interaction), ความรักและเอาใจใส่ (affection) เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดี

4) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เช่น เครื่องมือ Mental Status Questionnaire (Kahn RL, Goldfarb AI, Pollack M, Peck A, 1960) เป็นคำถาม 10 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับวันที่สถานที่ วันเกิดของตนเอง และผู้นำประเทศคนปัจจุบันและอดีต ถ้าตอบผิด 0-2 ข้อ ถือว่าปกติ ถ้าผิด 3-8 ข้อ ถือว่ามีความบกพร่องปานกลาง ถ้าผิด 9-10 ข้อ ถือว่ามีความบกพร่องรุนแรง

5) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เช่น เครื่องมือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ, 1989) ประกอบด้วยคำถามที่ตอบด้วยตนเอง 19 ข้อ โดยมีคำถาม 15 ข้อ ที่มีตัวเลือก 4 คำตอบ (0= ไม่มีปัญหา ถึง 3 มีปัญหา

รุนแรง) เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการถูกรบกวนในระหว่างการนอนและคุณภาพของการนอนหลับ และมีคำถามอีก 4 ข้อ ที่ให้เขียนตอบเกี่ยวกับเวลาเข้านอนและตื่นนอน ระยะเวลาที่ใช้ก่อนนอนหลับ และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ นอกจากนี้ยังมีคำถามสำหรับผู้ทำนอนร่วมด้วยตอบอีก 5 ข้อ มีตัวเลือก 4 คำตอบ เช่นกัน โดยถามเกี่ยวกับการถูกรบกวนการนอน คะแนนรวมของ PSQI อยู่ระหว่าง 0-21 โดยคะแนนมากกว่า 5 ถือว่ามีปัญหาในการนอน

6) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เช่น เครื่องมือ McGill Quality of Life Questionnaire (Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F, 1995) ซึ่งมีมิติย่อยทางด้านจิตวิญญาณที่ดี ถึงแม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีมิติทางด้านร่างกายด้วยแต่ไม่เด่นนัก เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูง จึงมีมิติจิตวิญญาณที่โดดเด่น เช่น คำถามเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่า และความหวาดกลัวเกี่ยวกับอนาคต ฯลฯ โดยแต่ละคำถามมีคะแนนระหว่าง 0-10 (0= ไม่มีดีเลย ถึง 10 = ดีที่สุด) นอกจากนี้ McGill Quality of Life Questionnaire ยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอื่น ๆ อีก เช่น Meaning in Life Scale (Warner SC, Williams JI, 1987) และ Death Transcendence Scale (VandeCreek L, Nye C, 1993)

7) เครื่องมือประเมินการปวด เช่น การใช้เครื่องมือ Visual Analog Scale ที่มีลักษณะคล้ายกับเทอร์โมมิเตอร์ มีสเกลตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

3.2 เครื่องมือประเมินแบบหลายมิติ (Multidimensional Health Status Measures) คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุก ๆ มิติที่สำคัญ มิติที่สำคัญที่ทุกเครื่องมือประเภทนี้มักจะประเมิน คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับการประเมินมิติอื่น ๆ ก็แตกต่างกันไปในแต่ละเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีหลายมิติ เช่น 1) SF-36 2) Sickness Impact Profile 3) Nottingham Health Profile 4) WHOQOL-BREF 5) Quality of Well-Being 6) Health Utility Index 7) EQ-5D 8) SF-6D ฯลฯ (จะกล่าวถึงเฉพาะเครื่องมือ 4 เครื่องมือแรก เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่รายงานคะแนนตามแต่ละมิติ (profile scores) ในขณะที่ 4 เครื่องมือหลังรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตแบบอรรถประโยชน์ (utility index scores)

1) Short Form Health Survey-36 (SF-36)

SF-36 เป็นหนึ่งในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก มีความเที่ยงและความตรงที่ดีและมีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ทั่วโลกจำนวนมากรวมทั้งภาษาไทย (วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม, 2543) SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ (Ware JE, Sherbourne CD, 1992) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ physical functioning, role limitation due to physical problems, role limitation due to emotional problems, bodily pain, mental health, vitality, social functioning, general health perceptions แต่ละมิติมีจำนวนคำถามแตกต่างกัน และแต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่าน

ทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายใช้หรือไม่ และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (มีลำดับมากขึ้นในตัวเลือกตอบ เช่น มีปัญหาน้อยไปหามาก) โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนตัวเลือกตอบเป็น 2, 3, 5 หรือ 6 คำตอบให้เลือกการรายงานคะแนนของ SF-36 จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยที่คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถรายงานคะแนนออกมาเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (physical component scores) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (mental component scores) โดยคิดเป็น norm-based scores ในรูปค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 คะแนน

สามารถใช้แบบสอบถาม SF-36 ทั้งโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered) สัมภาษณ์ต่อหน้า (face-to-face interview) หรือทางโทรศัพท์ (telephone interview) ในต่างประเทศพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สำหรับประเทศไทย ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสามารถตอบได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ที่มีการศึกษาก่อนข้างน้อยในระดับประถมศึกษาและผู้สูงอายุ ควรจะใช้วิธีสัมภาษณ์ต่อหน้า และไม่แนะนำให้ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพราะแบบสอบถามอาจยาวเกินไป และอาจจะเกิดปัญหาการให้คำตอบที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม (social desirability) นั่นคือการตอบที่ให้ตัวเองดูดีไม่มีปัญหาอะไร ในขณะที่เดียวกันก็อาจตอบแบบมีปัญหามากเกินความเป็นจริงก็ได้

นอกจากแบบสอบถาม SF-36 แล้ว Ware และคณะ (Ware JE, Kosinski M, Keller SD, 1996) ได้ออกแบบสอบถาม SF-36 ฉบับย่อ คือ SF-12 ซึ่งนำคำถาม 12 ข้อ มาจาก 8 มิติ ของ พบว่า SF-36 แต่มีข้อเด่น คือ สั้นกว่ามาก สำหรับคะแนนนั้นมีการรายงานเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกายและคะแนนรวมทางด้านจิตใจ โดยคิดเป็น norm-based scores เหมือนกับ SF-36 คือ คะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 คะแนน และสำหรับ SF-12 version 2 ยังสามารถรายงานคะแนนตามมิติทั้ง 8 มิติ ได้เหมือนกับ SF-36 ด้วยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 โดยคะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ตารางที่ 1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

มิติ	จำนวนข้อ	ตัวอย่างคำถาม
1. Physical functioning	10	-สุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถเดินเป็นระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตรหรือไม่ -สุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนัก การเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมากหรือไม่
2. Role limitation due to physical problems	4	-ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายใช้หรือไม่

3. Role limitation due to emotional problems	3	-ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจใช่หรือไม่
4. Bodily pain	2	-ท่านมีอาการเจ็บปวดในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่
5. Mental health	5	-ท่านรู้สึกท้อแท้หรือเศร้าบ่อยแค่ไหน ท่านรู้สึกใจเย็นและสงบบ่อยแค่ไหน
6. Vitality	4	-ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่
7. Social Functioning	2	-สุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลต่อการทำกิจกรรมทางด้านสังคมของท่านหรือไม่
8. General health perceptions	5	-ท่านรู้สึกว่าท่านเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้อื่น -ประเมินสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในตอนนี้ เปรียบเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา

ที่มา : วัชรลี เลอฆานกุล และปารณีย์ มีแค้น (2543) , Ware JE, Sherbourne CD (1992)

หมายเหตุ นอกจากคำถามทั้ง 35 ข้อ จากทั้งหมด 8 มิติแล้ว ยังมีอีกหนึ่งข้อคำถาม (ไม่อยู่ในมิติใด) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน รวมมีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ

2) Sickness Impact Profile (SIP)

SIP เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา (Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS, 1981) เพื่อให้มีความไวเพียงพอที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติ มิติทางร่างกายมี 3 มิติทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ประกอบด้วย 12 มิติย่อย โดยมิติทางด้านร่างกายมี 3 มิติย่อย ได้แก่ 1) ambulation 2) mobility 3) body care and movement ส่วนมิติทางด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ 1) social interaction 2) communication 3) alertness behavior 4) emotional behavior 5) sleep and rest 6) eating 7) home management 8) recreation 9) employment การรายงานคะแนนมีทั้งคะแนน 12 มิติย่อย และคะแนน 2 มิติรวม ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคะแนนรวม ทั้งแบบสอบถามด้วย SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี (Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD, 2000) สามารถตอบได้ด้วยตนเองและสัมภาษณ์ต่อหน้า แต่ข้อเสีย คือ แบบสอบถามยาวเกินไปทำให้เป็นภาระต่อผู้ตอบมาก (respondent burden) พบว่า ในต่างประเทศใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที SIP มีการแปลเป็นหลายภาษาแต่ไม่มีภาษาไทย เนื่องจาก SIP ยาวมากจึงได้มีการสร้างแบบสอบถาม SIP ฉบับย่อ (SIP68) (de Bruin AF, Buys M, de Witte LP, Diederiks JPM, 1994) ซึ่งพบว่า มีความเที่ยงและความตรงที่ดีเช่นกัน แต่มีคำถามเหลือ 68 ข้อ

ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้ 1) somatic autonomy 2) mobility control 3) psychological autonomy and communication (cognitive functioning) 4) social behavior 5) emotional stability 6) mobility range

3) Nottingham Health Profile (NHP)

NHP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นที่ประเทศอังกฤษ (Hunt SM, McKenna SP, McEwen JA, 1980) มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ physical functioning, vitality (sleep and energy), pain, emotional functioning, social functioning ส่วนที่สองประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่องของ job/work, home management, social life, home life, sex life, interests/hobbies, holidays เครื่องมือ NHP เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเที่ยงและความตรงที่เหมือน SF-36 และ SIP

4) WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก โดยครั้งแรกได้ออกแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เรียกว่า WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1998) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นโดยการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์จากประชากร 15 ประเทศทั่วโลก ซึ่งรวมทั้งประเทศไทย จึงเป็นเครื่องมือที่น่าจะเข้าได้กับวัฒนธรรมของประเทศไทย สำหรับ WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อของ WHOQOL-100 มีทั้งหมด 26 คำถาม โดยแบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคม และมิติทางด้านสิ่งแวดล้อม และคำถามอีก 2 ข้อถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยที่คำถามแต่ละข้อจะถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาในช่วง 2 สัปดาห์ และมีตัวเลือกตอบอยู่ 5 ตัวเลือก คะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1-5 โดยที่คะแนนมากจะหมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี ในการคิดคะแนนจะคิดคะแนนตามมิติ และเนื่องจากในช่วงเดียวกันเพื่อง่ายต่อการเปรียบเทียบ จึงให้ค่าตัวเลขของแต่ละมิติ โดยการรวมคะแนนทุกข้อในมิตินั้นแล้วหารด้วยจำนวนข้อในมิตินั้น เช่น มิติทางด้านร่างกายมี 7 ข้อ สมมติว่าผู้ตอบตอบได้ 3 คะแนนทุกข้อ ค่าเฉลี่ยคือ 3 (จากช่วงที่เป็นไปได้คือ 1-5) หลังจากนั้นให้เอาค่าเฉลี่ยที่ได้คูณด้วย 4 ดังนั้นคะแนนแต่ละมิติจะรายงานออกมาอยู่ในช่วงเดียวกันคือระหว่าง 4-20 คะแนน

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทย และทดสอบความเที่ยงและความตรงในผู้ป่วยชาวไทยทางด้านจิตเวช (Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Chailangka P, 1998) ผู้สูงอายุ (Taboonpong S, Suttharangsee W, Chailangka P, 2001) ผู้ป่วยมะเร็ง (Phungrassami T, Katikarn R, Watanaarepornchai S, 2004) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Sakthong P, Schomer JC, Gross CR, Sakulbumrungsil R, Prasithsirikul W, 2007) ซึ่งโดยรวมพบว่า เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดีที่สามารถยอมรับได้

ตารางที่ 2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF

มิติ	จำนวนข้อ	ตัวอย่างคำถาม
1.Physical Health (pain, energy, sleep, activities of daily living, dependence on medication, working capacity, mobility)	7	-ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม ทั้งในเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน -ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด -ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน
2.Psychological Health (positive feelings, concentration, self-esteem, negative feelings, body image, spirituality)	6	-ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวังมากน้อยเพียงใด -ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน -ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน
3.Social Health (personal relations, social support, sex)	3	-ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างไรที่ผ่านมามีแค่ไหน -ท่านพอใจกับความช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน
4.Environmental Health (physical safety and security, home environment, financial resources, access to health services, information, recreation and leisure, physical environment, transport)	8	-ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน -ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด -ทำได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด -สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด

ที่มา : WHOQOL Group, (1998) , Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Chailangka P, (1998)

ตารางที่ 3 สรุปมิติที่มีอยู่ในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

Domain	SF-36	SIP	NHP	WHOQOL-BREF
Physical functioning	/	/	/	/
Psychological functioning	/	/	/	/

Social functioning	/	/	/	/
Sexual functioning			/	/
Cognitive functioning		/		/
Sleep		/	/	/
Pain	/	/	/	/
Productivity	/	/	/	/
Spirituality				/
Overall well-being	/	/		/

NHP = Nottingham Health Profile, SF-36 = Short Form Health Survey-36, SIP = Sickness Impact Profile
ที่มา : พรรณทิพา สักดิ์ทอง, 2554: 38

จากตารางที่ 3 ได้สรุปเกี่ยวกับมิติต่าง ๆ ที่พบในเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ SF-36, SIP, NHP และ WHOQOL-BREF เช่น (เช่น คำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิต) นอกจากนี้ WHOQOL-BREF ยังเป็นเครื่องมือที่มีครบทุกมิติ ในขณะที่ SF-36 มีมิติที่จำเป็นน้อยที่สุดในบรรดา 4 เครื่องมือนี้ คือขาดมิติที่สำคัญ เช่น การนอนหลับ ความจำ และเพศสัมพันธ์ สำหรับ SIP ก็เป็นเครื่องมือที่มีมิติเกือบครอบคลุม ขาดเพียงเพศสัมพันธ์ สำหรับ NHP ขาดมิติที่จำเป็นอยู่หลายมิติ เช่น ความจำและความผาสุกโดยรวม อย่างไรก็ตาม ไม่มีเครื่องมือใด เช่น วัตถุประสงค์ของการศึกษาว่าต้องการเน้นการประเมินมิติใดเป็นพิเศษ ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ ระยะเวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถาม การมีฉบับภาษาไทยแล้วหรือไม่ และหากจำเป็นต้องแปลก็ต้องคำนึงถึงความยากง่ายในการแปลและลิขสิทธิ์ด้วย

สำหรับเครื่องมือที่เป็นภาษาไทยมีเพียง SF-36 และ WHOQOL-BREF ซึ่งโดยรวมแล้ว WHOQOL-BREF อาจจะดีกว่า SF-36 ในแง่ที่ว่าสั้นกว่าและมีมิติครอบคลุมกว่า และน่าจะเข้าได้กับวัฒนธรรมของประเทศไทยมากกว่า แต่ WHOQOL-BREF ไม่สามารถให้ค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในขณะที่ SF-36 สามารถรายงานค่าอรรถประโยชน์ได้โดยวิธีการทางอ้อม

สรุปเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปเป็นเครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตแบบไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง มีประโยชน์สำหรับเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างโรค โดยมิติที่พบบ่อย ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความผาสุกโดยรวม เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปมีทั้ง

แบบประเมินมิติเดียวและแบบประเมินหลายมิติส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมินหลายมิติ ซึ่งที่ใช้บ่อย คือ SF-36 และ WHOQOL-BREF (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554: 11-45)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 นอกจากจะศึกษาแนวความคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้ว คณะผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาจากผลงานวิจัยที่ผู้ทำการศึกษาวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นส่วนประกอบในการศึกษา ดังนี้

พรรณี จันทรอินทร์ (บทคัดย่อ: 2547) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม มีผลกระทบต่อผู้ให้การดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมไม่สามารถปรับตัว ได้ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 162 คน เก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2547 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.98 หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับดีมี 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และรายด้านที่อยู่ในระดับพอใช้คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านกิจกรรมทางกาย

สุปราณี สมบูรณ์ (บทคัดย่อ: 2548) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง” พบว่า โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเสื่อมถอยทางสติปัญญา จนทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มี

บทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ หากผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลย่อมส่งผลต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแลของสจิวต์และอาร์ช โบลด์ (Stewart & Archbold, 1986, 1994) และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมโดยรวมทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.60$, $SD = 0.46$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกด้านมีความพร้อมในการดูแลระดับมากเช่นกัน คือ ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 2.67$, $SD = 0.60$) ด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.61$) ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ($\bar{x} = 2.47$, $SD = 0.68$) ด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.64$) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ($\bar{x} = 2.70$, $SD = 0.63$) ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ($\bar{x} = 2.27$, $SD = 0.73$) ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล ($\bar{x} = 2.63$, $SD = 0.63$) และด้านการดูแลโดยรวม ($\bar{x} = 2.64$, $SD = 0.71$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าความพร้อมโดยรวมและรายด้านจะอยู่ในระดับมาก แต่บางด้านได้แก่ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูล การให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งดูแล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรจะทำให้การส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความพร้อมในด้านเหล่านี้มากขึ้น

กนกพรรณ วรรณสุด (บทคัดย่อ: 2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก” พบว่า การศึกษาถึงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราอายุตั้งแต่ 63-94 ปี จำนวน 32 คน ทั้งหมดผ่านการคัดกรองด้วยการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – T2002) และ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale/TGDS) เป็นเครื่องมือ ส่วนผลการฝึกทักษะวัดด้วยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ดัชนีจุฬาฯ เอดีแอลเป็นเกณฑ์

ผู้ร่วมวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม ตามรูปแบบการทดลองแบบ Solomon four groups จากนั้นจึงทำการวัดคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของกลุ่มทดลอง 1 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่มก่อนเริ่มทำการฝึกทักษะ จากนั้นให้กลุ่มทดลองทั้ง 2

กลุ่มเข้ารับการฝึกทักษะด้วยกิจกรรมที่จัดขึ้นตามหลักปรัชญาของมอนเตสซอรี วันละ 3 ชั่วโมง 5 วันต่อสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์ จึงทำการวัดคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังฝึกทักษะของผู้ร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่อจากนั้นให้ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มทดลองเลิกกิจกรรมคนที่สนใจไว้ฝึกต่อด้วยตนเองและลดการฝึกทักษะลงเหลือ 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากนั้นจึงทำการวัดคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดในสัปดาห์ที่ 8 และ สัปดาห์ที่ 12 นับเป็นการติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามลำดับ ข้อมูลที่รวบรวมได้นำไปวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ด้วยการหาค่าสถิติเชิงอนุมาน คือ t-test และ ANOVA

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่วัดได้ก่อนการฝึกทักษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการฝึกทักษะคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และยังคงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในการติดตามผลครั้งที่ 1 แต่ในช่วงติดตามผลครั้งที่ 2 นั้น คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกลับลดลงเล็กน้อย (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ผลปรากฏว่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ทั้ง 3 ครั้งหลังของการวัดผล การทดสอบก่อนการฝึกทักษะไม่มีผลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญและข้อมูลด้านอายุเป็นปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในการติดตามผลครั้งที่ 2 เท่านั้น สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) อย่างไม่มีนัยสำคัญในทุกช่วงการวัดผล

ชนม์วรินทร์ ใจเอื้อ (บทคัดย่อ: 2552) “ได้ทำการศึกษาเรื่อง สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมในคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่” พบว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขอนามัยต่าง ๆ รวมถึงการดูแลอนามัยช่องปาก การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่รับบริการในคลินิกความจำของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมและกลุ่มผู้ดูแลจำนวนกลุ่มละ 40 คน ผู้วิจัยทำการตรวจในช่องปากกลุ่มผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะโรคฟันผุ สภาวะโรคปริทันต์ การใส่ฟันปลอม รอยโรคในช่องปาก ศึกษาข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลและการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะคำถามปลายปิด ศึกษาข้อมูลทั่วไปและประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยจากเวชระเบียน วิเคราะห์ผลโดยค่าสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.5 เพศชายร้อยละ 42.5 อายุตั้งแต่ 61-88 ปี อายุเฉลี่ย 75.1 ± 7.1 ปี ส่วนใหญ่เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (ร้อยละ 45) ช่วงระยะเวลาการดำเนินโรค 1-2 ปี (ร้อยละ 47.5)

มีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องมีผู้ดูแลควบคุม (ร้อยละ 72.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75) มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.5) สามารถทำความสะอาดช่องปากได้เองทั้งหมด (ร้อยละ 50) ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังคงมีพันธุกรรมชาติเหลืออยู่ร้อยละ 82.5 โดยเป็นพันธุ์ร้อยละ 54.3 เป็นเศษรากฟันร้อยละ 42.8 เป็นฟันที่โยกมากต้องถอนร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันในช่องปาก $18.9 \pm$ ซึ่ง/คน ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุดอนอด 15.3 ± 8.9 ซึ่ง/คน เมื่อประเมินสภาวะปริทันต์โดยใช้ดัชนี CPI พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.7 ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติ พบสภาวะปริทันต์ผิดปกติมากกว่าร้อยละ 90 เป็นความชุกการมีหินน้ำลายถึงหนึ่งในสาม (36.7) ความชุกการมีร่องปริทันต์ลึก 4-5 มิลลิเมตร (ร้อยละ 30.0) ความชุกการมีหินน้ำลายพบได้มากในผู้มีสมองเสื่อมน้อย และปานกลาง ส่วนใหญ่มีการสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่ (ร้อยละ 94.3) เป็นการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 12.5 พบผู้ป่วยที่ยังใส่ฟันปลอมอยู่ร้อยละ 42.1 และผู้ที่เคยมีฟันปลอมตลอดเวลาและสามารถทำความสะอาดฟันปลอมได้เอง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) อายุตั้งแต่ 28-76 ปี อายุเฉลี่ย 53.5 ± 11.6 ปี เป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 65.5) อาศัยอยู่ที่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ร้อยละ 67.5) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1-3 ปี (ร้อยละ 62.5) ผู้ดูแลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) เคยได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลภาวะสมองเสื่อม มีเพียงร้อยละ 47.5 เคยได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 85 ทราบถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย วิธีการดูแลที่เห็นว่าเหมาะสม คือ การเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแปรงฟันและการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น น้ำยาบ้วนปาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเต็มใจ (ร้อยละ 77.5) ไม่รู้สึกรังเกียจ (ร้อยละ 40) และให้ความสำคัญของการดูแลช่องปากผู้ป่วยในระดับมาก (ร้อยละ 60) ผู้ป่วยร้อยละ 70 สามารถดูแลช่องปากได้ด้วยตนเองในระยะแรก ต่อมาในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่สามารถทำได้เองลดลงเหลือร้อยละ 50 โดยพบกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องช่วยเหลือและกลุ่มที่ดูแลช่องปากเองไม่ได้เลยเพิ่มขึ้น ปัญหาทางช่องปากที่ผู้ดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ผู้ป่วยลืมหรือต้องช่วยเตือนให้ทำความสะอาดช่องปาก ผู้ป่วยปฏิเสธ/ไม่ให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาด และผู้ดูแลร้อยละ 25.5 พบปัญหาในการนำผู้ป่วยรับบริการทันตกรรม เช่น การเดินทาง ข้อจำกัดทางร่างกายผู้ป่วยค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

ชุตินา ทองวชิระ (บทคัดย่อ: 2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” พบว่า การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ แนวคิด 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดในการใช้ดนตรีบำบัดของ Gerdner (1997) และแนวคิดในการจัด สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Hall (1988) ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One- Group Time Series Design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้งและหลังเสร็จสิ้น

การทดลอง 1 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จำนวน 25 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินกิจกรรมด้านดนตรีควบคู่กับกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรี ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยขออนุญาตแปลจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ของ Cohen-Mansfield (1989) เป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมิน จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

ชุตินา ทองวชิระ (บทคัดย่อ: 2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” พบว่า การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิด 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดในการใช้ดนตรีบำบัดของ Gerdner (1997) และแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Hall (1988) ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Seried Design) ทำการวัดซ้ำทั้งหมด 6 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ระหว่างการทดลอง 4 ครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค จำนวน 25 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดำเนินกิจกรรมด้านดนตรีควบคู่กับกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 15 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยขออนุญาตแปลจากแบบประเมิน CMAI (The Cohen-Mansfield Agitation Invenlory) ของ Cohen-Mansfield (1989) เป็นภาษาไทยฝ่ายการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมิน จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป

นิตติยา น้อยสีภูมิ (บทคัดย่อ: 2553) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ : การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ” พบว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาหลายกรณี (multiple case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีประสบการณ์ ในการใช้ชีวิตหลังจากที่ทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัย จำนวนทั้งหมด 7 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมศัลยกรรม คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความทรงจำของ โรงพยาบาล 3 แห่ง โดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติผู้ใกล้ชิด โดยเลือก กรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายกรณี ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการ วิเคราะห์แบบข้ามกรณี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นบอกเล่าประสบการณ์ ของตนเองที่มีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมใน 5 ประเด็น คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมอง เสื่อมระยะเริ่มต้น ทั้งอาการและความรู้สึกลหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม 2) ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อม 3) การเผชิญกับความรูสึกหลังจากทราบว่า ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม 4) การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและ 5) การวางแผน การดำเนินชีวิต ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้นักวิชาการทางสุขภาพทราบปัญหาและความต้องการและ สามารถนำความรู้ที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมในการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญและจัดการกับอาการ และผลกระทบ ที่เกิดขึ้น ตอบสนองความต้องการและให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบประคับประคอง หลังจากทราบว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม

สุภจิตร ตรีกุล (บทคัดย่อ: 2556) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด” พบว่า การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 4 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้โดยรวมในการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2) การจัดกิจกรรมการฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) การประเมินผลการฝึกปฏิบัติ และ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไปใช้พัฒนาการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลธวัชบุรี และประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรรณิกา ปิงแก้ว (บทคัดย่อ: 2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก” ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ว่าในระยะแรกของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะมีความผิดปกติในด้านความจำ แต่ยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นหากไม่มีการป้องกันหรือชะลอความรุนแรงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและมีภาวะสุขภาพที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006) ร่วมกับการทบทวนเอกสารตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 106 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ไพจิตร ล้อสกุลทอง ร่วมกับการศึกษาเอกสารตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ 1.00 ตามลำดับ และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ได้

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.70 คะแนนเฉลี่ย 47.39 คะแนน (S.D.=4.52) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.60 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.59 คะแนน (S.D.=2.08) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.30 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.46 คะแนน (S.D.=1.83) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.34 คะแนน (S.D.=2.21) และมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.30 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.63 คะแนน (S.D.=8.59)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.204, p<.05$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.303, p<.01$) ในส่วนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านมีกิจกรรมทางกายและด้านโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมในการส่งเสริมในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกต่อไป

นรินทร์ วัลยาว (บทคัดย่อ: 2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบความจำของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดในสมอง และผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ โดยใช้แบบทดสอบเวกสเลอร์ เมมมอรี สเกล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (WMS-III)” พบว่า การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความจำของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดในสมอง และผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ โดยใช้แบบทดสอบเวกสเลอร์ เมมมอรี สเกล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (WMS-III) การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ามารับการตรวจประเมินภาวะสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลรามารชิบดี ระหว่างปี พ.ศ.2550-2555 จำนวนทั้งหมด 90 คน สถิติที่ใช้คือ ใช้ F test (One –way ANOVA) และสถิติ The Kruskal-Wallis One-way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ มีความบกพร่องของความจำมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดในสมอง ทั้งในความจำทั่วไป (general memory) และความจำเฉพาะหน้า (immediate memory) โดยพบว่า ใน Subtest ของ Logical Memory I, II และ Family Picture II สามารถแยกความแตกต่างของทั้ง 2 โรคได้ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม ในขณะที่ Subtest

ของ Verbal Paired Associates I, II และ Faces I, II พบว่า ไม่สามารถแยกความต่างทั้ง 2 โรคได้ ส่วนในความจำส่วนปฏิบัติงาน (working memory) ไม่พบความแตกต่างกันใน 2 กลุ่มโรค ทั้งใน Index Score และใน Subtest ของ Letter Number-Sequencing และ Spatial Span

กระบวนการจำที่เกิดจากการได้ยิน (auditory process composites) พบว่า ระดับการเรียนรู้ก่อน-หลัง (learning sloop) การกักเก็บข้อมูล (retention) และการกู้ข้อมูลออกมาใช้ (retrieval) ทั้งแบบ Free Recall และ Recognition มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม โดยเฉพาะใน Subtest ของ Logical Memory

ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ (บทคัดย่อ: 2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ต่อเนื่องและเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้ทราบแนวทางในการช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ภาวะของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 158 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of life assessment instrument: WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของซาริต (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Beck depression Inventory) ฉบับภาษาไทยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 102.38$, S.D. = 14.93) ในขณะที่ภาวะของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำไม่เป็นภาระ ($\bar{x} = 20.33$, S.D. = 13.07) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 135.45$, S.D. = 19.33) และภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x} = 7.03$, S.D. = 4.21)
2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .845$) ภาวะของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.808$ และ $r = -.847$ ตามลำดับ)

3. แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้ร้อยละ 76.6 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 72.9 ขณะที่ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 3.7 ส่วนภาวะของผู้ดูแลไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถบ่งบอกความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

อภิญา บุญเพ็ง. (บทคัดย่อ: 2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย” พบว่า การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลางและระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดความต้องการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ McWalter (1994) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจำนวนทั้งหมด 160 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE T - 2002) แบบประเมินระดับความรุนแรงของสมอง (CDR scale) แบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Care Need Assessment in Dementia) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .87 ค่าความเที่ยง เท่ากับ .97 ข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนตัวเดียวแบบวัดซ้ำ (Anova) ผลการวิจัยสรุปดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 160 ราย พบเพศหญิง 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 68 มีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 71 - 80 ปี และ 81 - 90 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74 มีโรคประจำตัว 3 โรคคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 25 2) ผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้ง 160 ราย จำแนกตามระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 41 ระยะปานกลาง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 และระยะสุดท้าย 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.9 3) ความต้องการการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับความต้องการ พบว่า ความต้องการการดูแล มากคือ ความต้องการการดูแลด้านการใช้ชีวิตในชุมชน ด้านความคิดความจำ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการดูแลบ้าน 4) ผลการเปรียบเทียบความต้องการการดูแลระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 ระยะ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล ด้านการดูแลบ้าน ของผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มระยะเริ่มต้น มากกว่า กลุ่มระยะสุดท้าย ที่ระดับ .05

เสรษฐ์ ประเสริฐโช (บทคัดย่อ: 2014) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบระดับสังกะสีในพลาสมาของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม” พบว่า โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด มีอุบัติการณ์และความชุกที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 70 ของคนที่เป็

โรคอัลไซเมอร์จะรักษาอยู่กับบ้าน เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลในครอบครัวโดยส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ สาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสังกะสีเป็นสารอาหารสำคัญตัวหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบของโปรตีนหลายชนิด เป็นตัวช่วยในปฏิกิริยาสำคัญในร่างกายหลายอย่าง เช่น การช่วยต้านทานอนุมูลอิสระ ระบบภูมิคุ้มกัน การเมตาบอลิซึมของดีเอ็นเอ รวมทั้งการสร้างและส่งสัญญาณประสาท ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโอกาสขาดสังกะสีมากขึ้น แม้ว่าไม่มีอาการแสดงของการขาดสังกะสีอย่างชัดเจน แต่ภาวะขาดสังกะสีที่ไม่แสดงอาการอาจนำไปสู่การเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกันและการอักเสบที่เกี่ยวข้องกับหลากหลายปัญหาสุขภาพ จึงเป็นเหตุผลของงานวิจัยนี้ซึ่งต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับสังกะสีในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในประชากรชาวไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระดับสังกะสีในพลาสมาของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ ทำการศึกษาในอาสาสมัครชายและหญิง อายุ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ 26 คน (ชาย=8, หญิง=18) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 26 คน (ชาย=15, หญิง=11) อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก จากนั้นทำการเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Inductively Coupled Plasma-Mass Spectrometry (ICP-MS) เพื่อประเมินระดับสังกะสีในพลาสมา ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับสังกะสีในพลาสมาของกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ($517.58 \pm 81.12 \mu\text{g/L}$) มีระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ($753.88 \pm 98.14 \mu\text{g/L}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อีกทั้งยังพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคอัลไซเมอร์มีผลต่อระดับสังกะสีในพลาสมาที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) แต่ระดับสังกะสีเมื่อเปรียบเทียบในช่วงอายุ < 70 ปี, $70-79$ ปี และ ≥ 80 ปี รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิงในผู้ป่วยอัลไซเมอร์นั้นไม่พบความแตกต่างทางสถิติ โดยสรุปพบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสังกะสี โดยสังกะสีน่าจะมีผลต่อการการตกตะกอนของอะไมลอยด์เบต้าพลาคว (A β plaque) เกิดการรบกวนการส่งสัญญาณประสาท อนุมูลอิสระ และกระบวนการอักเสบในโรคอัลไซเมอร์

พัชญ์พิไล ไชยวงษ์ (บทคัดย่อ : 2558) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม” การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมฝึกทักษะด้านความคิดความเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจใน 3 ด้าน คือ ความสนใจจดจ่อ ความจำ และการบริหารจัดการ และต่อคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย จำนวน 10 คน เข้ารับการฝึกตามโปรแกรมฯ สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน

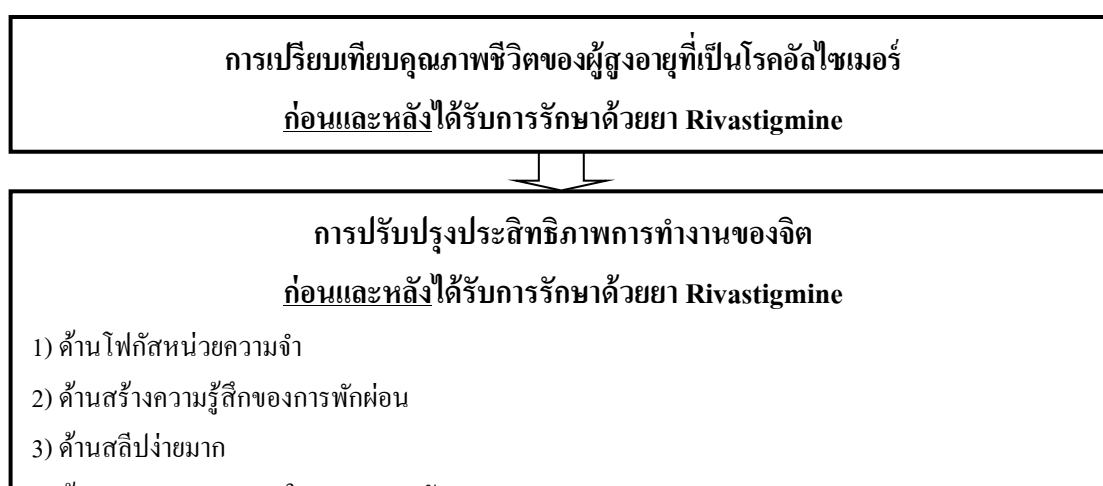
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมิน Trial Making Test เครื่องมือประเมินการรับรู้และความรู้ความเข้าใจสำหรับคนไทย (Thai Cognitive Perceptual Test: Thai-CPT) เครื่องมือประเมิน Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Test: Geriatric Version (LOTCA-G) สำหรับประเมินความสามารถด้านความคิดความเข้าใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งคัดแปลงจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนาสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิตินอนพารามตริก Wilcoxon Signed Ranks Test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม โดยตั้งระดับนัยสำคัญที่ α เท่ากับ 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของทักษะด้านความคิดความเข้าใจ ด้านความสนใจจดจ่อเพิ่มขึ้นหลังการเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความเปลี่ยนแปลงในด้านความจำและการบริหารจัดการ ส่วนคะแนนด้านคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกทักษะด้านความคิดความเข้าใจของการศึกษาวิจัยนี้สามารถช่วยกระตุ้นทักษะความสนใจจดจ่อ และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมได้

นั้ตราภรณ์ สวัสดิ์ภานนท์ (บทคัดย่อ: 2558) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การเปรียบเทียบผลของน้ำมะละกอสุกที่มีต่อการปกป้องระบบประสาทของแบบจำลองการเกิดโรคสมองเสื่อมระยะแรกในสัตว์ทดลอง”พบว่า การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อทดสอบผลของการได้รับน้ำมะละกอสุกติดต่อกันเป็น ระยะเวลา 21 วัน 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของการได้รับน้ำมะละกอสุกติดต่อกันเป็นระยะเวลา 21 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ถูกเหนี่ยวนำด้วยสโคโพลามีน 3) เพื่อเปรียบเทียบผลของการได้รับน้ำมะละกอสุกติดต่อกันเป็นระยะเวลา 21 วัน ก่อนกับหลังการเหนี่ยวนำด้วยสโคโพลามีน โดยการทดสอบพฤติกรรมทางระบบประสาท 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเรียนรู้และความจำ (Learning and Memory) 2) ความวิตกกังวล (Anxiety) 3) การควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor Control) และ 4) ระบบประสาท รับความรู้สึก (Sensory System) กลุ่มตัวอย่างเป็นหนูเม้าส์เพศผู้ทั้งหมด 28 ตัว แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 7 ตัว โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับน้ำกลั่น กลุ่มที่ 2, 3 และ 4 ได้รับน้ำมะละกอสุกขนาด 2.5, 5.0 และ 7.5 กรัมต่อกิโลกรัมน้ำหนักตัวตามลำดับ แต่ละกลุ่มได้รับน้ำกลั่น และน้ำมะละกอสุกติดต่อกันเป็นระยะเวลา 21 วัน หลังจากนั้นทำการเหนี่ยวนำความจำเสื่อมระยะแรกด้วยสโคโพลามีนขนาด 2.0 มิลลิกรัมต่อ กิโลกรัมน้ำหนักตัวที่ช่องท้อง จากนั้นทดสอบพฤติกรรมทางระบบประสาท 4 ด้าน ผลการวิจัย ปรากฏว่า หลังได้รับน้ำมะละกอสุกติดต่อกันเป็นระยะเวลา 21 วัน ก่อนกับหลัง การเหนี่ยวนำความจำเสื่อมด้วยสโคโพลามีน ผลการเรียนรู้และความจำ ปรากฏว่า การเรียนรู้และ ความจำด้านการเรียกคืนความจำเก่า ด้วยอุปกรณ์ MWM และการจดจำ

วัตถุประสงค์ของ ด้วยอุปกรณ์ NOR ปรากฏว่า หนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำมะละกอสุกมีความจำที่ดีกว่าหนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำกลั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$, $p < .01$ ผลต่อความวิตกกังวล ปรากฏว่า หนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำมะละกอสุก มีความวิตกกังวลน้อยกว่าหนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำกลั่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ผลต่อ การควบคุมการเคลื่อนไหว โดยสังเกตพฤติกรรม 3 แบบ ปรากฏว่า หนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำมะละกอสุกมี พฤติกรรม Rearing ไม่แตกต่างกับหนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำกลั่น และหนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำมะละกอสุก มีพฤติกรรมตกแต่งขน และพฤติกรรมเลียขนมากกว่าหนูเม้าส์กลุ่มที่ได้รับน้ำกลั่น อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ $p < .05$ และผลต่อระบบประสาทรับความรู้สึก ด้วยอุปกรณ์ Tail Immersion Test ปรากฏว่า หนูเม้าส์ทุกกลุ่มมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำความรู้จากการศึกษาดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้





ผลกระทบบของยา Rivastigmine

- 1) ด้านปวดศีรษะ
- 2) ด้านคลื่นไส้
- 3) ด้านวิงเวียน
- 4) ด้านท้องร่วง



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. ด้านร่างกาย | 2. ด้านจิตใจ |
| 3. ด้านสังคม | 4. ด้านเพศ |
| 5. ด้านจิตประสาท | 6. การนอน |
| 7. การปวด | 8. ด้านผลิตภาพ |
| 9. ด้านจิตวิญญาณ | 10. ความผาสุกโดยรวม |

ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine

ที่มา : พรรณทิพา ศักดิ์ทอง 2554 : 23-25

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine



การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine

- 1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ
- 2) ด้านสร้างความรู้สึของการพักผ่อน
- 3) ด้านสติปัญญา
- 4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ
- 5) ด้านช่วยลดความเครียด
- 6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว
- 7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง
- 8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต
- 9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล
- 10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน



ผลกระทบของยา Galantamine

- 1) ด้านปวดศีรษะ
- 2) ด้านคลื่นไส้
- 3) ด้านวิงเวียน
- 4) ด้านท้องร่วง



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์

ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. ด้านร่างกาย | 2. ด้านจิตใจ |
| 3. ด้านสังคม | 4. ด้านเพศ |
| 5. ด้านจิตประสาท | 6. การนอน |
| 7. การปวด | 8. ด้านผลิตภาพ |
| 9. ด้านจิตวิญญาณ | 10. ความผาสุกโดยรวม |

ภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Galantamine
ที่มา : พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554 : 23-25

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง “เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560” การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) คณะผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยและรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล (Instrument)
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
4. ข้อมูลและแหล่งข้อมูล (Research Resources)
5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Interpretive Method)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant)

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี และผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกตัวต่อตัว (in-depth interview) คณะผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ใช้ยา Galantamine จำนวน 15 คน

- ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยการซักถามพูดคุยกันระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการถามเจาะลึกถึงคำตอบให้ผู้ให้สัมภาษณ์อธิบายอย่างละเอียดถี่ถ้วน และถามถึงเหตุผลด้วย โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

- เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น เพศ อายุ

- เกี่ยวกับการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวยาละ 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้าน โฟกัส

หน่วยความจำ 2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน 3) ด้านสติปัญญา 4) ด้านระยะเวลา นานมากในการนอนหลับ 5) ด้านช่วยลดความเครียด 6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว 7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษา รายละเอียดและข้อเท็จจริง 8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต 9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล และ 10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน

- เกี่ยวกับผลกระทบ ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวยาละ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปวดศีรษะ 2) ด้านคลื่นไส้ 3) ด้านวิงเวียน และ 4) ด้านท้องร่วง

- เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวยาละ 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านเพศ 5) ด้านจิตประสาท 6) การนอน 7) การปวด 8) ด้านผลิตภาพ 9) ด้านจิตวิญญาณ และ 10) ความผาสุกโดยรวม

- เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine จำนวน 15 คน และใช้ยา Galantamine จำนวน 15 คน รวมจำนวน 30 คน โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก มหาวิทยาลัยไปติดต่อขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี ของผู้ให้ข้อมูล ในการเก็บรวบรวมจากผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนดวันนัดหมายสัมภาษณ์ และใช้สถานที่ของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นสถานที่ที่ใช้สัมภาษณ์

2. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลและอธิบายลักษณะวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์แก่กลุ่มเป้าหมายด้วยตนเอง

3. คณะผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยตรงจากกลุ่มเป้าหมาย โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดที่แน่นอนตายตัวจะสัมภาษณ์ผู้ใดก็ใช้คำถามแบบเดียวกัน (Standardized Questionnaire) มีลำดับขั้นตอนเรียงเหมือนกัน

4. คณะผู้วิจัยบันทึกข้อมูลตามคำบอกของผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์จะใช้การจดบันทึกและการบันทึกเสียง ก่อนการสัมภาษณ์จะขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ในการบันทึกการสนทนา ก่อนทุกครั้ง
5. ใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ควบคุมไปในระหว่างการสัมภาษณ์ การสังเกตวิธีนี้คณะผู้วิจัยเฝ้าสังเกตอยู่วงนอก ไม่เข้าไปร่วมในงานที่ผู้ให้สัมภาษณ์ปฏิบัติงานอยู่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2556)
6. รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคล ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความเรียบร้อยสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์
7. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม เรียบเรียง และวิเคราะห์ข้อมูล
8. เขียนรายงานผลการศึกษา

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ

1. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากหนังสือ เอกสาร งานวิจัย ภาคนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ต่าง ๆ รวมทั้งกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ ข้อปฏิบัติของทางราชการ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวคณะผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าจากห้องสมุดสถาบัน งานวิจัยโดยสืบค้นจากสื่ออินเทอร์เน็ต
2. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นการศึกษาจากแบบสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก (Indept interview) โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ศึกษา จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และ ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ, 2551 : 135) จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากการสังเกตโดยตรง (Direct Observation) สิ่งที่ต้องสังเกต ได้แก่ การกระทำ คือ การปฏิบัติภารกิจอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน แบบแผนการกระทำ คือ การกระทำหรือพฤติกรรมที่เป็นกระบวนการ มีขั้นตอนจนเป็นแบบแผน ซึ่งให้เห็นสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิก ความหมาย คือ การให้ความหมายของการกระทำหรือแบบแผนพฤติกรรมนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชนหรือสังคมนั้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิก คือ

การที่บุคคลยอมรับร่วมมือในกิจกรรมนั้น ๆ **สภาพสังคม** คือ ภาพรวมทุกแง่ทุกมุมที่สามารถประเมินได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2548)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น แบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ และการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดย (สืบค้นใน <http://www.drmanage.com>, 28 กุมภาพันธ์ 2559)

1) การจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) นำข้อมูลที่ได้นำมาจำแนกและจัดหมวดหมู่ออกให้เป็นระบบ

2) การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction) นำข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุปร่วมกัน

3) การเปรียบเทียบเหตุการณ์ (Constant Comparison) นำข้อมูลที่ได้มาไปเทียบเคียงหรือเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่น เพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างกันที่เกิดขึ้น

4) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ (Componential Analysis) นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ออกให้เห็นเป็นส่วนๆ

5) การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) นำเอกสารหรือหลักฐานต่างๆ มาวิเคราะห์ มุ่งพรรณนาและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

6) การวิเคราะห์สาเหตุและผล (Cause and Effect Analysis) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ให้เห็นว่าจากผลมาจากเหตุ คือ วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น ย้อนกลับมาให้เห็นว่าเกิดมาจากเหตุปัจจัยใดบ้าง หรือวิเคราะห์เหตุไปหาผล คือ วิเคราะห์จากเหตุไปหาผล คือ วิเคราะห์ให้เห็นว่าเมื่อเหตุนี้เกิดขึ้น ได้นำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นอะไรบ้าง

7) การสร้างจินตนาการเชิงสังคมวิทยา (Sociology Imaginary) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยเปลี่ยนมุมมองการวิเคราะห์ไปยังมุมมองอื่นๆ เพื่อดูผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเช่นใด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเรื่อง “เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560” กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 3) เพื่อศึกษาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี โดยใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกตัวต่อตัว (in-depth interview) คณะผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ใช้ยา Galantamine จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี โดยการซักถามพูดคุยกันระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการถามเจาะลึกถึงคำตอบให้ผู้ให้สัมภาษณ์อธิบายอย่างละเอียดถี่ถ้วน และถามถึงเหตุผลด้วย โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

- เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น เพศ อายุ

- เกี่ยวกับการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ในเรื่องของการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวล้าละ 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ 2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน 3) ด้านสติปัญญา 4) ด้านระยะเวลา

มากในการนอนหลับ 5) ด้านช่วยลดความเครียด 6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว 7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง 8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต 9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล และ 10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน

- เกี่ยวกับผลกระทบ ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวยาละ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปวดศีรษะ 2) ด้านคลื่นไส้ 3) ด้านวิงเวียน และ 4) ด้านท้องร่วง

- เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วยตัวยาละ 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านเพศ 5) ด้านจิตประสาท 6) การนอน 7) การปวด 8) ด้านผลิตภาพ 9) ด้านจิตวิญญาณ และ 10) ความผาสุกโดยรวม

ผลการศึกษา

ข้อมูลภาคสนามจากการสัมภาษณ์

- ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี จำนวน 15 คน

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 1 นาย ท (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีการสับสนด้านความจำ บางครั้งเห็นภาพหลอน เช่น ภาพดอกไม้ ไม่อยู่กับปัจจุบัน	มีการสับสนด้านความจำ บางครั้งเห็นภาพหลอน
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของ	มีต้นกลางคืนบ้าง	หลับสนิทดี

การพักผ่อน		
3) ด้านสรีรกายมาก (การนอนหลับง่าย)	มีตื่นกลางคืนบ้าง	หลับสนิทดี
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	มีตื่นกลางคืนบ้าง	หลับสนิทดี
5) ด้านช่วยลดความเครียด	สุขภาพจิตดี	สดชื่นดีขึ้น ชอบร้องเพลง ร้องได้ทั้งวัน
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	สุขภาพจิตดี	สดชื่นดีขึ้น ชอบร้องเพลง ร้องได้ทั้งวัน
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	มีการสับสนด้านความจำ บางครั้งเห็นภาพหลอน เช่น ภาพดอกไม้ ไม่อยู่กับปัจจุบัน	มีการสับสนด้านความจำ บางครั้งเห็นภาพหลอน
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	สุขภาพจิตดี	สดชื่นดีขึ้น ชอบร้องเพลง ร้องได้ทั้งวัน
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับ

ยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา		

<p>Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>1) ด้านปวดศีรษะ</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>2) ด้านคลื่นไส้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>3) ด้านวิงเวียน</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>4) ด้านท้องร่วง</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน</p>		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ้ำย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่น</p>	<p>ดูแลตนเองได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่นเดินระยะใกล้ๆ</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่นเดินระยะใกล้ๆ แต่มีการนั่งร้องเพลงทั้งวัน</p> <p>-</p>

กีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก		
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	สุขภาพจิตดี	สดชื่นดีขึ้น ชอบร้องเพลง ร้องได้ทั้งวัน
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	มีอาการสับสนและลืมเหตุการณ์	มีอาการสับสนบ้าง ลืมเหตุการณ์ในปัจจุบันน้อยลง
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่</p>	มีการสับสนด้านความจำ บางครั้งเห็นภาพหลอน เช่นภาพดอกไม้ ไม่อยู่กับปัจจุบัน	มีการสับสนด้านความจำ บางครั้งเห็นภาพหลอน

<p>รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>		
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึงความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>มีตื่นกลางคืนบ้าง</p>	<p>หลับสนิทดี</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสถานะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจ</p>	<p>สดชื่นดี</p>	<p>สดชื่นดี กำลังใจดี ชอบร้องเพลง</p>

<p>มากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประเมินภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพ โดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น</p>	<p>4</p> <p>-</p>	<p>7.5</p> <p>สุขภาพทางอารมณ์ดีขึ้น</p>

<p>สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็อกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกลจากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
<p>ปัญหา</p>	<p>บางครั้งคนไข้ดึงแผ่นแปะยาออกเอง เนื่องจากกลัวว่าแผ่นนี้คืออะไร</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>ต้องมีคนดูแลตลอด</p>	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 2 นาย จ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	จำได้	จำได้ ชึมเยี่ยมดี
2) ด้านสร้างความรู้สึกร่องการพักผ่อน	นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน	นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน	นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน	นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน
5) ด้านช่วยลดความเครียด	สดชื่นดี มีชิมเศร้าบ้างเวลาคิดถึงลูกหลาน	สดชื่นดี กำลังใจดี มีชิมเศร้าบ้างเวลาคิดถึงลูกหลาน

6) ด้านลภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	สดชื่นดี มีซึมเศร้าบ้างเวลา คิดถึงลูกหลาน	สดชื่นดี กำลังใจดี มีซึมเศร้า บ้างเวลาคิดถึงลูกหลาน
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	จำได้	จำได้ ยิ้มแย้มดี
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	สดชื่นดี มีซึมเศร้าบ้างเวลา คิดถึงลูกหลาน	สดชื่นดี กำลังใจดี มีซึมเศร้า บ้างเวลาคิดถึงลูกหลาน
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม –	เหมือนเดิม –

	เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการ ดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้ เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้ำ การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่น กีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองได้ กลางวันอยู่บ้านคน เดียวได้</p> <p>ดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ เช่นเดินระยะใกล้ๆ</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้ กลางวันอยู่บ้านคน เดียวได้</p> <p>ดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ เช่นเดินระยะใกล้ๆ</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประ กอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และ ความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>สุขภาพจิตดี</p>	<p>สดชื่นดี แต่มี ซึมเศร้าบ้างเวลา คิดถึงลูกหลาน</p>

<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>มีลี้มเหตุการณ์บ้าง</p>	<p>ความจำดีขึ้น หลงลืมน้อยลง ความจำปัจจุบันยังจำได้</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>จำได้</p>	<p>จำได้ ย้ำแถมดี</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า</p>	<p>นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน</p>	<p>นอนหลับดี หลับได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน</p>

<p>และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระแงและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของ</p>	<p>สดชื่นดี มีซิมเซร่า บ้างเวลาคิดถึง ลูกหลาน</p>	<p>สดชื่นดี กำลังใจดี มีซิมเซร่าบ้างเวลาคิดถึงลูกหลาน</p>

<p>ความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่มากแต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่เล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan</p>	<p>7</p> <p>-</p>	<p>8.5</p> <p>สภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น ความจำดีขึ้น เล็กน้อย</p>

GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 3 นาย ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ปัจจุบัน ถาม-ตอบได้ดี เข้าใจ มีหลงลืม	ปัจจุบัน ถาม-ตอบได้ดี เข้าใจ หลงลืมน้อยลงนิดหน่อย ความจำจะดีขึ้น
2) ด้านสร้างความรู้สึกร่องการพักผ่อน	มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน	มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน	มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน	มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน
5) ด้านช่วยลดความเครียด	แล้วแต่อารมณ์	แล้วแต่อารมณ์ แต่ส่วนใหญ่จะอารมณ์ดี
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	แล้วแต่อารมณ์	แล้วแต่อารมณ์ แต่ส่วนใหญ่จะอารมณ์ดี
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ปัจจุบัน ถาม-ตอบได้ดี เข้าใจ มีหลงลืม	ปัจจุบัน ถาม-ตอบได้ดี เข้าใจ หลงลืมน้อยลงนิดหน่อย ความจำจะดีขึ้น
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	แล้วแต่อารมณ์	แล้วแต่อารมณ์ แต่ส่วนใหญ่จะอารมณ์ดี ตอบโต้กับญาติได้ดีขึ้น

9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ Rivastigmine	หลังได้รับ Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		

<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ใช้พลังกำลังไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ใช้พลังกำลังไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาพทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>แล้วแต่อารมณ์</p>	<p>แล้วแต่อารมณ์ แต่ส่วนใหญ่จะอารมณ์ดี</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>แล้วแต่อารมณ์</p>	<p>โต้ตอบกับญาติได้ดีขึ้น</p>

<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ปัจจุบัน ถาม-ตอบ ได้ดี เข้าใจ มีหลงลืม</p>	<p>ปัจจุบัน ถาม-ตอบ ได้ดี เข้าใจ หลงลืมน้อยลงนิดหน่อย ความจำดูจะดีขึ้น</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน</p>	<p>มีตื่นกลางคืน นอนแต่กลางวัน</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวด</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>ขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็ จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้อ อื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควร ประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้น บันได</p>		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับ และไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมี งานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่ กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงาน อาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจ มากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะ ต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคง ภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมาย ทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เรื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของ ความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>แล้วแต่อารมณ์</p>	<p>แล้วแต่อารมณ์ แต่ ส่วนใหญ่อารมณ์ดี</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความ พึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนใน ช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้</p>	<p>5</p>	<p>7</p>

<p>ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่มากแต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน ตัวเลือกรายการมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกลจากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่เล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	-	<p>อารมณ์ขึ้นนิดหน่อย</p>
ปัญหา	ไม่มีปัญหาจากการใช้ยา	
ข้อเสนอแนะ	ต้องมีคนดูแลตลอด โดยมีลูกสาวคอยดูแล	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 4 นาง ฮ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้
2) ด้านสร้างความรู้สึกร่องการพักผ่อน	หลับปกติ ดี	หลับปกติ ดี
3) ด้านสลับง่ายมาก (การนอนหลับง่าย)	หลับปกติ ดี	หลับปกติ ดี
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	หลับปกติ ดี	หลับปกติ ดี
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้	ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น	-	-

พื้นฐาน		
---------	--	--

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้		

<p>เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ใช้พลังกำลังไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ใช้พลังกำลังไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>ไม่ค่อยพูดถึงไม่สามารถประเมินได้</p>	<p>ไม่ค่อยพูดถึงไม่สามารถประเมินได้</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>ไม่ค่อยพูดถึงไม่สามารถประเมินได้</p>	<p>ไม่ค่อยพูดถึงไม่สามารถประเมินได้</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้</p>	<p>ไม่ค่อยพูดจึงไม่สามารถประเมินได้</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>หลับปกติ ดี</p>	<p>หลับปกติ ดี</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสถานะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควร</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

ประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว	ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	ไม่ค่อยพูดถึงจึงไม่สามารถประเมินได้	ไม่ค่อยพูดถึงจึงไม่สามารถประเมินได้
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p>	5	5

<p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	เหมือนเดิม	เหมือนเดิม
ปัญหา	ฟังได้รับยาไม่นาน เอนมิถุนายน 2560 จึงไม่สามารถตอบได้มาก และผู้ป่วยไม่ค่อยพูด จึงประเมินได้ยาก	
ข้อเสนอแนะ	ต้องมีคนดูแลตลอด	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 5 นาง ว (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)
---------------------------	-------------------------------

	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีปัญหาด้านความจำ หลงลืม	ความจำดีขึ้นกว่าก่อน ไข้ยา รู้สึกตัวดีขึ้น
2) ด้านสร้างความรู้สึกรอง การพักผ่อน	เพิ่งมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือน ที่ผ่านมา	เพิ่งมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือนที่ ผ่านมา
3) ด้านสลับง่ายมาก (การ นอนหลับง่าย)	เพิ่งมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือน ที่ผ่านมา	เพิ่งมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือนที่ ผ่านมา
4) ด้านระยะเวลาานานมาก ในการนอนหลับ	เพิ่งมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือน ที่ผ่านมา	เพิ่งมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือนที่ ผ่านมา
5) ด้านช่วยลดความเครียด	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและ ความก้าวร้าว	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรง จำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการ เก็บรักษารายละเอียดและ ข้อเท็จจริง	มีปัญหาด้านความจำ หลงลืม	ความจำดีขึ้นกว่าก่อน ไข้ยา รู้สึกตัวดีขึ้น
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ
9) ด้านความสามารถในการ ใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ
หลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น		

<p>โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>1) ด้านปวดศีรษะ</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>2) ด้านคลื่นไส้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>3) ด้านวิงเวียน</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>4) ด้านท้องร่วง</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้</p>
<p>2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน</p>		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้</p>	<p>ดูแลตนเองได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่นเดินระยะใกล้ๆ</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ เช่นเดินระยะใกล้ๆ</p> <p>-</p>

พละกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก		
1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และ ความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ	สุขภาพจิตดี แต่ไม่ได้สดชื่นมาก	สุขภาพจิตดี แต่ไม่ได้สดชื่นมาก
1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์	มีอาการสับสนและลืมเหตุการณ์	ความจำดีขึ้น ถาม-ตอบได้ดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา
1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยา มะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถ	มีปัญหาด้านความจำหลงลืม	ความจำดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา รู้สึกตัวดีขึ้น

<p>ในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>		
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึงความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>พึงมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา</p>	<p>พึงมีการหลับยากเมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจ</p>	<p>สุขภาพจิตดี</p>	<p>สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ</p>

<p>มากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพ โดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น</p>	<p>6</p> <p>-</p>	<p>8</p> <p>ได้ตอบได้ดีขึ้น ความจำดีขึ้น</p>

<p>สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็อกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกลจากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 6 นาง บ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีปัญหาหลงลืม	ความจำดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา รู้สึกตัวดีขึ้น
2) ด้านสร้างความรู้สึกร่องการพักผ่อน	หลับง่าย	หลับง่าย
3) ด้านสลับง่ายมาก (การนอนหลับง่าย)	หลับง่าย	หลับง่าย
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	หลับง่าย	หลับง่าย
5) ด้านช่วยลดความเครียด	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ ดูหนัง ฟังเพลงได้
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและ	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ ดู

ความก้าวร้าว		หนัง ฟังเพลงได้
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	มีปัญหาหลงลืม	ความจำดีขึ้นกว่าเดิม ใช้ยา รู้สึกตัวดีขึ้น
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ ดูหนัง ฟังเพลงได้
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	-	มีอาการเวียนบ้างตอนกลางคืน หรือบางครั้งในช่วงเช้า
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี

	ปัญหาในด้านนี้	ปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ช้าลง</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ช้าลง</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>สุขภาพจิตดี แต่ไม่ได้สดชื่นมาก</p>	<p>สุขภาพจิตดี แต่ไม่ได้สดชื่นมาก</p>
1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม	มีอาการสับสน	ความจำดีขึ้นกว่า

<p>(Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	และล้มเหตุการณ์	ก่อนใช้ยา
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	มีปัญหาหลงลืม	ความจำดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา รู้สึกตัวดีขึ้น
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผล</p>	หลับง่าย	หลับง่าย

<p>ต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสถานะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>สุขภาพจิตดี</p>	<p>สุขภาพจิตดี ใช้ชีวิตได้ปกติ ดูหนังฟังเพลงได้</p>

<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกรับตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่เล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E,</p>	<p>7</p> <p>-</p>	<p>9</p> <p>ความจำดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา โดยใช้เวลาประมาณ 4 เดือนแล้ว สดชื่นดี ดูหนังฟังเพลงได้</p>
---	-------------------	--

1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	มีอาเจียนบ้าง	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 7 นาย ไม่ประสงค์ออกนาม (นามสมมติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	หลับๆตื่นๆ	หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	หลับๆตื่นๆ	หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น
4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ	หลับๆตื่นๆ	หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก	ประเมินยากเนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-

10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	-	-
---	---	---

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ
หลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปวดศีรษะ	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย
2) ด้านคลื่นไส้	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย
3) ด้านวิงเวียน	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย
4) ด้านท้องร่วง	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยอายุ มากแล้ว มีหลาย โรค และพุดน้อย
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย		

<p>ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน</p> <p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>เป็นผู้ป่วยติดเตียง</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>เป็นผู้ป่วยติดเตียง</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>สุขภาพจิตดี แต่ไม่ได้สดชื่นมาก</p>	<p>สุขภาพจิตดี แต่ไม่ได้สดชื่นมาก</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้าน</p>	<p>ประเมินยาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก</p>	<p>ประเมินยาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก</p>

<p>สังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>		
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยา มะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ประเมินยาก เนื่องจากผู้ป่วยพูด น้อยมาก</p>	<p>ประเมินยาก เนื่องจากผู้ป่วยพูด น้อยมาก</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>หลับๆตื่นๆ</p>	<p>หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>รุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>ประเมินยาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก</p>	<p>ประเมินยาก เนื่องจากผู้ป่วยพูดน้อยมาก</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้</p>	<p>3</p>	<p>3</p>

<p>ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย់แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพ โดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยอายุมาก มีหลายโรค เป็นผู้ป่วยติดเตียง และพูดน้อย จึงไม่ได้ข้อมูลอะไร</p>	<p>ประเมินได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยอายุมาก มีหลายโรค เป็นผู้ป่วยติดเตียง และพูดน้อย จึงไม่ได้ข้อมูลอะไร สิ่งที่เห็นคือมีการนอนหลับที่ดีขึ้น</p>
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 8 ร.ต.ต.หญิง บ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	จำเหตุการณ์ใหม่ๆไม่ค่อยได้	ความจำดีขึ้น โต้ตอบได้ดีขึ้น จากที่เคยต้องคิดนานๆ
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	มีตื่นกลางดึก	หลับสนิท หลับนานขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	มีตื่นกลางดึก	หลับสนิท หลับนานขึ้น
4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ	มีตื่นกลางดึก	หลับสนิท หลับนานขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	จากเดิมที่มีซึมบึ้ง พุดน้อย บ้าง	ยิ้มแย้ม ตอบสนองต่อคำพูดได้ดีขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	จากเดิมที่มีซึมบึ้ง พุดน้อย บ้าง	ยิ้มแย้ม ตอบสนองต่อคำพูดได้ดีขึ้น
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	จำเหตุการณ์ใหม่ๆไม่ค่อยได้	ความจำดีขึ้น โต้ตอบได้ดีขึ้น จากที่เคยต้องคิดนานๆ
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	จากเดิมที่มีซึมบึ้ง พุดน้อย บ้าง	ยิ้มแย้ม ตอบสนองต่อคำพูดได้ดีขึ้น
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปวดศีรษะ	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
2) ด้านคลื่นไส้	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
3) ด้านวิงเวียน	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
4) ด้านท้องร่วง	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ถ่ายบ่อยขึ้น แต่ไม่ ท้องเสีย
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้		

<p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองไม่ได้ 100% ต้องมีคนดูแล</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันไม่ได้ 100% ต้องมีคนดูแล</p> <p>-</p>	<p>ช่วยตัวเองได้มากขึ้นเนื่องจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ลดลง</p> <p>ช่วยตัวเองได้มากขึ้นเนื่องจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ลดลง</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>ทำอะไรไม่ค่อยได้ จึงพูดน้อย</p>	<p>ซึมเศร้ามากขึ้น ชวนคนอื่นคุยมากขึ้น</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>ก่อนทานยาจะคุยแต่กับคนในครอบครัว จำเหตุการณ์ใหม่ๆ ไม่ค่อยได้</p>	<p>หลังทานยาจำคนที่ไม่ใช่คนในครอบครัวได้ดีขึ้น มีการคุยมากขึ้น</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>จำเหตุการณ์ใหม่ๆ ไม่ค่อยได้</p>	<p>ความจำดีขึ้น ได้ตอบได้ดีขึ้น จากที่เคยต้องคิด นานๆ</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>มีตื่นกลางดึก</p>	<p>หลับสนิท หลับ นานขึ้น</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสถานะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควร</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

ประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>จากเดิมที่มีซึมบ้ำงพุดน้อยบ้ำง</p>	<p>ยิ้มแย้ม ตอบสนองต่อคำพูดได้ดีขึ้น</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p>	<p>6-7</p>	<p>8-9</p>

<p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่เล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>ก่อนทานยาตัวนี้ ผู้ป่วยมีอาการซึม มักมีไข้และมีโรคความดันด้วย จำอะไรไม่ค่อยได้ แต่ยังเดินได้และจำคนในครอบครัวได้ เพียงแต่คนแปลกหน้าหรือเรื่องราวอื่น ๆ จะลืม ต้องอาศัยคนช่วย</p>	<p>ปัจจุบันเริ่มจำวันต่าง ๆ ได้และจำได้ว่าคนในครอบครัวเป็นใคร เริ่มจำคนนอกครอบครัวได้ เร็วขึ้นจากเดิมที่ต้องใช้เวลาสักนาน ๆ ตอบสนองต่อการกระทำและคำพูดได้ดี ยิ้มแย้มร่าเริงดี พุดคุยเรื่องต่าง ๆ ได้</p>
ปัญหา	มีขยับถ่ายบ่อยขึ้น	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 9 นาง ไม่ประสงค์ออกนาม (นามสมมติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	จำเหตุการณ์ใหม่ๆไม่ค่อยได้	เรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ๆ จะจำ

		ไม่ได้ เริ่มจำคนในครอบครัว ได้ แต่ก็ต้องใช้เวลานึกนาน ปัจจุบันจำบ้านได้ เพียงแต่จะ ชอบพูดเรื่องซ้ำเดิมอยู่บ่อย ๆ เรื่องที่จำได้ เช่น ดูรายการ โทรทัศน์แล้วเจอข่าวไหนดัง ก็ จะจำได้และชวนคุยเรื่องนั้นซ้ำ ๆ
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของ การพักผ่อน	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่ เห็นความต่าง
3) ด้านสติปัญญา (การ นอนหลับง่าย)	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่ เห็นความต่าง
4) ด้านระยะเวลา นานมาก ในการนอนหลับ	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่ เห็นความต่าง
5) ด้านช่วยลดความเครียด	อารมณ์ 2 ขั้วแบบรุนแรง (ดี สลับร้าย)	ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น อารมณ์ รุนแรงลดลง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและ ความก้าวร้าว	อารมณ์ 2 ขั้วแบบรุนแรง (ดี สลับร้าย)	ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น อารมณ์ รุนแรงลดลง
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรง จำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการ เก็บรักษารายละเอียดและ ข้อเท็จจริง	จำเหตุการณ์ใหม่ๆไม่ค่อยได้	เรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ จะจำ ไม่ได้ เริ่มจำคนในครอบครัว ได้ แต่ก็ต้องใช้เวลานึกนาน ปัจจุบันจำบ้านได้ เพียงแต่จะ ชอบพูดเรื่องซ้ำเดิมอยู่บ่อย ๆ เรื่องที่จำได้ เช่น ดูรายการ โทรทัศน์แล้วเจอข่าวไหนดัง ก็ จะจำได้และชวนคุยเรื่องนั้นซ้ำ ๆ
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	อารมณ์ 2 ขั้วแบบรุนแรง (ดี สลับร้าย)	ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น อารมณ์ รุนแรงลดลง
9) ด้านความสามารถในการ	-	-

ใช้เหตุผล		
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ
หลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
2) ด้านคลื่นไส้	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
3) ด้านวิงเวียน	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
4) ด้านท้องร่วง	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค	ประเมินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมี หลายโรค
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย		

<p>(Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำงานประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่แข็งแรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ช้าบ้าง</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ช้าบ้าง</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>อารมณ์ 2 ขั้วแบบรุนแรง (ดี สลับร้าย)</p>	<p>ควบคุมตนเองได้ อารมณ์รุนแรงลดลง</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวญาติมิตรเพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>แรก ๆ จำอะไรไม่ได้เลยรู้ว่าลูกแต่จำไม่ได้ว่าลูกชื่ออะไร</p>	<p>เรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ จะจำไม่ได้ เริ่มจำคนในครอบครัวได้</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>จำเหตุการณ์ใหม่ๆ ไม่ค่อยได้</p>	<p>เรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ๆ จะจำไม่ได้ เริ่มจำคนในครอบครัวได้ แต่ก็ต้องใช้เวลานึกนาน ปัจจุบันจำบ้านได้ เพียงแต่จะชอบพูดเรื่องซ้ำเดิมอยู่บ่อยๆ เรื่องที่จำได้ เช่น ดูรายการโทรทัศน์แล้วเจอข่าวไหนดั่งก็จะจำได้และชวนคุยเรื่องนั้นซ้ำๆ</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ปกตินอนหลับคืออยู่แล้ว</p>	<p>ปกตินอนหลับคืออยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความ เจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความ รุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวด ขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็ จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้อ อื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควร ประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้น บันได</p>		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับ และไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมี งานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่ กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงาน อาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจ มากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะ ต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคง ภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมาย ทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของ ความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>อารมณ์ 2 ขั้วแบบ รุนแรง (ดี สลับ ร้าย)</p>	<p>ควบคุมอารมณ์ได้ ดีขึ้น อารมณ์ รุนแรงลดลง</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้ 1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความ</p>	<p>5</p>	<p>8</p>

<p>พึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย់แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>แรก ๆ จำอะไรไม่ได้เลย วันที่ ลูกรู้ว่าใครคือใครแต่จำชื่อไม่ได้ แต่กิจกรรมต่าง ๆ ยังทำได้เป็นปกติ อาบน้ำ ทานข้าวเองได้ แค่อาจเซื่องช้า และพอทำไปแล้วก็จะลืมว่าทำอะไรไปบ้าง มีอารมณ์รุนแรง เป็น 2 ชั้น เดี่ยวอารมณ์ดีเดี่ยวอารมณ์ร้าย</p>	<p>เรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ จะจำไม่ได้ เริ่มจำคนในครอบครัวได้ แต่ก็ต้องใช้เวลานึกนาน ปัจจุบันจำบ้านได้ อารมณ์ไม่รุนแรง เหมือนก่อนทานยา และควบคุมตนเองได้</p>
ปัญหา	มีขยับถ่ายบ่อยขึ้น	

ข้อเสนอแนะ	-
------------	---

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 10 นาย ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การขึ้นลงบันได เลื่อน สับสนเวลา การ ตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มช้า	ช่วยให้มีแรงมากขึ้น เริ่มทำนู่น ทำนี่
2) ด้านสร้างความรู้สึกร่อง การพักผ่อน	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
3) ด้านสลับปีง่ายมาก (การนอนหลับง่าย)	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
4) ด้านระยะเวลา นานมาก ในการนอนหลับ	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป มีอาการซึม เหม่อ	มีการชวนคุยมากขึ้น เริ่มอยากทำนู่นนี่ และดูสดชื่นขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป มีอาการซึม เหม่อ	มีการชวนคุยมากขึ้น เริ่มอยากทำนู่นนี่ และดูสดชื่นขึ้น
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การขึ้นลงบันได เลื่อน สับสนเวลา การ ตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มช้า	ช่วยให้มีแรงมากขึ้น เริ่มทำนู่น ทำนี่
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป มีอาการซึม เหม่อ	มีการชวนคุยมากขึ้น เริ่มอยากทำนู่นนี่ และดูสดชื่นขึ้น
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิด	-	-

โครงสร้างและสติปัญญาขั้นพื้นฐาน		
---------------------------------	--	--

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ Rivastigmine	หลังได้รับ Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้ – พบการถ่ายบ่อย แต่ไม่ใช่ท้องเสีย
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้</p>

<p>สะดวกบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นเกมกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>แต่ช้าบ้าง</p> <p>-</p>	<p>แต่ช้าบ้าง</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>ก่อนรับยามีอาการซึม เหม่อ ไม่ค่อยทำอะไร ทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวัน ไม่เปลี่ยน เช่น นั่งดูทีวีก็ดูทั้งวัน ไม่ลุกไปไหน</p>	<p>ไม่ค่อยซึม เริ่มทำนู่นทำนี่ได้</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>ก่อนรับยาไม่ถึงขั้นจำใครไม่ได้เลย แต่เริ่มสับสนเรื่องทั่วไป พูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวัน ไม่เปลี่ยน</p>	<p>ชอบชวนคุยมากขึ้น</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง</p>	<p>ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ</p>	<p>ช่วยให้มีแรงมากขึ้น เริ่มทำนู่นทำนี่</p>

<p>ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ไป เช่น การขึ้นลงบันไดเลื่อน สับสนเวลา การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มช้า</p>	
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึงความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเจิงและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ปกตินอนหลับคืออยู่แล้ว</p>	<p>ปกตินอนหลับคืออยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>

<p>กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงาน อาสาสมัคร ฯลฯ</p>		
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>ก่อนรับยาเริ่ม สับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป มีอาการซึม เหม่อ</p>	<p>มีการชวนคุยมากขึ้น เริ่มอยากทำนู่นนี่ และดูสดชื่นขึ้น</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลง</p>	<p>5</p> <p>ก่อนรับยาไม่ถึงขั้น จำใครไม่ได้เลย แต่เริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การขึ้นลงบันไดเลื่อน สับสนเวลา การ</p>	<p>8</p> <p>ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี อยู่ทานข้าว ทานยาเองได้ ชอบชวนคุย ไม่ค่อยซึม เริ่มทำนู่นทำนี่</p>

<p>ความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>ตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มช้า พูดเรื่อง เดิมซ้ำ ๆ มีอาการ ซึม เหม่อ ไม่ค่อย ทำอะไร ทำอะไรก็ จะทำอย่างนั้นทั้ง วัน ไม่เปลี่ยน เช่น นั่งดูทีวีก็ดูทั้งวัน ไม่ลุกไปไหน</p>	
ปัญหา	มีข้อถกเถียงน้อยขึ้น	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 11 นาง ท (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ก่อนรับยาการใช้ชีวิตไม่เหมือนเดิมเนื่องจากลืม จำเพื่อนไม่ได้	ช่วยให้จำอะไรได้บ้าง การใช้ชีวิตดีขึ้น รู้สึกดีขึ้น
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	-	นอนหลับดีขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	-	นอนหลับดีขึ้น

4) ด้านระยะเวลา นานมากใน การนอนหลับ	-	นอนหลับดีขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ทำงานผิดพลาด จำเพื่อนไม่ได้	จำอะไรได้ดีขึ้นเป็นบางครั้ง ทำให้ชีวิตดีขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและ ความก้าวร้าว	ทำงานผิดพลาด จำเพื่อนไม่ได้	จำอะไรได้ดีขึ้นเป็นบางครั้ง ทำให้ชีวิตดีขึ้น
7) ด้านเพิ่มอัตราการทรงจำ ที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการ เก็บรักษารายละเอียดและ ข้อเท็จจริง	ก่อนรับยาการใช้ชีวิตไม่ เหมือนเดิมเนื่องจากลืม จำ เพื่อนไม่ได้	ช่วยให้จำอะไรได้บ้าง การใช้ ชีวิตดีขึ้น รู้สึกดีขึ้น
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	ทำงานผิดพลาด จำเพื่อนไม่ได้	จำอะไรได้ดีขึ้นเป็นบางครั้ง ทำให้ชีวิตดีขึ้น
9) ด้านความสามารถในการ ใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์ และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ หลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้

4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ผิดพลาด</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ ทำงานได้ดีขึ้น</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>ก่อนรับยาการใช้ชีวิตไม่เหมือนเดิม เนื่องจากลืม จำเพื่อนไม่ได้</p>	<p>ช่วยให้ทำอะไรได้บ้าง การใช้ชีวิตดีขึ้น รู้สึกดีขึ้น</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และ</p>	<p>ก่อนรับยาการใช้ชีวิตไม่เหมือนเดิม เนื่องจากลืม จำ</p>	<p>ช่วยให้ทำอะไรได้บ้าง การใช้ชีวิตดีขึ้น รู้สึกดีขึ้น</p>

<p>ชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>เพื่อนไม่ได้</p>	
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ก่อนรับยาการใช้ชีวิตไม่เหมือนเดิม เนื่องจากลืม จำเพื่อนไม่ได้</p>	<p>ช่วยให้ทำอะไรได้บ้าง การใช้ชีวิตดีขึ้น รู้สึกดีขึ้น</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>-</p>	<p>นอนหลับดีขึ้น</p>

<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำงานที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	ทำงานผิดพลาด	ทำงานได้ดีขึ้นเนื่องจากทำอะไรได้ดีขึ้นบ้าง
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทักษิณี ทองประทีป, 2552)</p>	ทำงานผิดพลาด จำเพื่อนไม่ได้	ทำอะไรได้ดีขึ้นเป็นบางครั้ง ทำให้ชีวิตดีขึ้น
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p>		

<p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย់แต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน ตัวเลือกรับตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>7</p> <p>ทำอะไรผิดพลาด บ่อย ทำงานผิด ไม่เหมือนเดิม จำเพื่อนไม่ได้ สุขภาพโดยรวมดี</p>	<p>9</p> <p>ดีขึ้นเรื่อยๆ เริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ช่วยให้ การดำเนินชีวิตดีขึ้น</p>
---	---	---

ปัญหา	-
ข้อเสนอแนะ	ทานยาดีขึ้นกว่าไม่ทานในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 12 นาย ไม่ประสงค์ออกนาม (นามสมมติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	จำภาษาไม่ค่อยได้ พูดน้อยลง มีอาการอารมณ์ร้าย	มีการตอบสนองทางร่างกายต่อคนในครอบครัวอยู่ เช่นพอลูกเข้าไปนั่งใกล้ๆ ชบตัก ก็จะลูบหัว
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้ยาทางจิตเวชอื่นๆ ช่วยในการนอนหลับ	ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้ยาทางจิตเวชอื่นๆ ช่วยในการนอนหลับ
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้ยาทางจิตเวชอื่นๆ ช่วยในการนอนหลับ	ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้ยาทางจิตเวชอื่นๆ ช่วยในการนอนหลับ
4) ด้านระยะเวลา นานมากในการนอนหลับ	ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้ยาทางจิตเวชอื่นๆ ช่วยในการนอนหลับ	ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้ยาทางจิตเวชอื่นๆ ช่วยในการนอนหลับ
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ไม่ค่อยช่วย	ไม่ค่อยช่วย
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	ไม่ค่อยช่วย	ไม่ค่อยช่วย
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	จำภาษาไม่ค่อยได้ พูดน้อยลง มีอาการอารมณ์ร้าย	มีการตอบสนองทางร่างกายต่อคนในครอบครัวอยู่ เช่นพอลูกเข้าไปนั่งใกล้ๆ ชบตัก ก็จะลูบหัว
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ไม่ค่อยช่วย	ไม่ค่อยช่วย

9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ Rivastigmine	หลังได้รับ Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	พบช่วงแรกของการทานยา
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้		
ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ้ำย การรับประทานอาหาร	ไม่ได้ทำให้ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี	ไม่ได้ทำให้ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี

<p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด สะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่น กีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ขึ้น ไม่ได้ทำให้ ช่วยเหลือตนเองใน ชีวิตประจำวันได้ดี ขึ้น</p> <p>-</p>	<p>ขึ้น ไม่ได้ทำให้ ช่วยเหลือตนเองใน ชีวิตประจำวันได้ดี ขึ้น</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประ กอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกลึบ ๆ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และ ความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>มีอาการอารมณ์ร้าย</p>	<p>ไม่ค่อยช่วย ยังมี อาการอารมณ์ร้าย อยู่</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมี ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวญาติมิตร เพื่อนฝูง และ ชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิก ที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้าน สังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>จำภาษาไม่ค่อยได้ พูดน้อยลง</p>	<p>ไม่ช่วยให้ดีขึ้น แต่ ยังจำคนใน ครอบครัวได้อยู่</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษา ความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมี เพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>จำภาษาไม่ค่อยได้ พูดน้อยลง มีอาการ อารมณ์ร้าย</p>	<p>มีการตอบสนอง ทางร่างกายต่อคน ในครอบครัวอยู่ เช่นพอลูกเข้าไป นั่งใกล้ๆ ซบตัก ก็ จะลูบหัว</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้เวลาทางจิต เวชอื่นๆ ช่วยใน การนอนหลับ</p>	<p>ไม่ช่วยให้หลับง่าย ต้องใช้เวลาทางจิต เวชอื่นๆ ช่วยใน การนอนหลับ</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่มีปัญหาด้านนี้</p>	<p>ไม่มีปัญหาด้านนี้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity)</p>	<p>มีอาการหลงลืม</p>	<p>มีอาการหลงลืม</p>

<p>หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ลี้มทิสทาง วันเวลา หรือลี้มฟังก์ซัน ของลิ่งของต่าง ๆ เช่นเอาบุญแจบ้าน ไปแซในตู้เย็น</p>	<p>ลี้มทิสทาง วันเวลา หรือลี้มฟังก์ซัน ของลิ่งของต่าง ๆ เช่นเอาบุญแจบ้าน ไปแซในตู้เย็น</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>ไม่ค้อยช่วย</p>	<p>ไม่ค้อยช่วย</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประเมินภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และ</p>	<p>5</p> <p>มีอาการหลงลืม ลี้มทิสทาง วันเวลา หรือลี้มฟังก์ซัน</p>	<p>6</p> <p>หลังรับยาไม่ได้ทำให้มีอาการต่าง ๆ ดีขึ้นหรือจดจำได้</p>

<p>สังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้ อาจแตกต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย់แต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้ เป็นอย่างไร ตัวเลือกรับตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>ของสิ่งของต่าง ๆ เช่นเอาบุญแจบ้าน ไปแช่ในตู้เย็น ทำอะไรต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำเองไม่ได้ แต่ทานข้าวเองได้อยู่ สามารถพูดคุยได้</p>	<p>มากขึ้น แต่ทำให้ชะลออาการ หลงลืมให้ช้าลง ยังจำคนในครอบครัวได้อยู่ยังมีการตอบสนองต่อคนในครอบครัว</p>
<p>ปัญหา</p>	<p>ช่วงแรกของการทานยามีอาการคลื่นไส้</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>-</p>	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 13 นาย ไม่ประสงค์ออกนาม (นามสมมติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีภาวะเครียด	ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลงรุนแรง สามารถพูดคุยได้ พยายามโต้ตอบ
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของ		ทำให้วังงบ่อย หลับง่ายขึ้น

การพักผ่อน		
3) ด้านสลับง่ายมาก (การนอนหลับง่าย)		ทำให้ง่วงบ่อย หลับง่ายขึ้น
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ		ทำให้ง่วงบ่อย หลับง่ายขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	อารมณ์รุนแรง	ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลงรุนแรง มีความพยายามในการโต้ตอบแม้ไม่ค่อยรู้เรื่อง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	อารมณ์รุนแรง	ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลงรุนแรง มีความพยายามในการโต้ตอบแม้ไม่ค่อยรู้เรื่อง
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	มีภาวะเครียด	ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลงรุนแรง สามารถพูดคุยได้พยายามโต้ตอบ
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	อารมณ์รุนแรง	ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลงรุนแรง มีความพยายามในการโต้ตอบแม้ไม่ค่อยรู้เรื่อง
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็นเรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น		

<p>โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>1) ด้านปวดศีรษะ</p>	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	พบช่วงแรกของการทานยา
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	พบช่วงแรกของการทานยา
4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
<p>2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน</p>		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่แข็งแรงมาก</p>	<p>สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น เช่น อาบน้ำ ทานข้าว ได้</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น เช่น อาบน้ำ ทานข้าว ได้</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p><u>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาพทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประ</u></p>	มีความเครียด	ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลงรุนแรง

<p>กองด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>		
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>จำคนในครอบครัวได้</p>	<p>สามารถพูดคุยได้ พยายามสื่อสาร แต่ไม่ค่อยรู้เรื่อง</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>มีภาวะเครียด</p>	<p>ทำให้ไม่เครียดและอารมณ์ไม่ขึ้นลง รุนแรง สามารถพูดคุยได้ พยายามโต้ตอบ</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอน</p>		<p>ทำให้ง่วงบ่อย หลับง่ายขึ้น</p>

<p>กลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติใน ตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมี ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผล ต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความ คับโลहितสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่ เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความ เจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความ รุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวด ขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็ จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้อ อื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควร ประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้น บันได</p>	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับ และไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมี งานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่ กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงาน อาสาสมัคร ฯลฯ</p>	-	-
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจ มากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะ ต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคง ภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ</p>	อารมณ์รุนแรง	ทำให้ไม่เครียดและ อารมณ์ไม่ขึ้นลง รุนแรง มีความ พยายามในการ ได้ตอบแม้ไม่ค่อยรู้ เรื่อง

<p>(Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่มากแต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็น</p>	<p>4</p> <p>ก่อนทานยาอารมณ์ไม่ค่อยดี เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย กลับไม่สนิทมีอาการหลับๆ ตื่นๆ เริ่มหลงลืม และพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง แต่ยังเดินได้ และจำคนในครอบครัวได้ มีโรคอื่นๆแทรกซ้อน เช่น ความดัน</p>	<p>7</p> <p>ทานยาไปแล้วช่วยให้อาการทรงตัวไม่ทรุด หลับง่ายขึ้น ไม่เครียด อารมณ์ไม่ขึ้นลง รุนแรง มีความพยายามในการโต้ตอบแม้ไม่ค่อยรู้เรื่อง แต่ความจำหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆไม่ดีขึ้น</p>

<p>เป็นอย่างไร ตัวเล็กตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แอลงมาก แอลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
ปัญหา	ช่วงแรกของการทานยามีอาการคลื่นไส้	
ข้อเสนอแนะ	มีการใช้วิตามินเสริม ร่วมด้วยคู่กับการรักษา	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 14 ร.ต. ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	จำญาติไม่ได้	ทานยาเพื่อไม่ให้อาการแอลง
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	หลับง่ายเป็นปกติ	หลับง่ายอยู่แล้ว
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	หลับง่ายเป็นปกติ	หลับง่ายอยู่แล้ว
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	หลับง่ายเป็นปกติ	หลับง่ายอยู่แล้ว
5) ด้านช่วยลดความเครียด	มีภาวะเจ็บ ซึม	ภาวะซึมลดลง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	มีภาวะเจ็บ ซึม	ภาวะซึมลดลง
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	จำญาติไม่ได้	ทานยาเพื่อไม่ให้อาการแอลง

8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	มีภาวะเจียบ ซึม	ภาวะซึมลดลง
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ Rivastigmine	หลังได้รับ Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u>		
ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ	สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น	สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น

<p>จับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>เช่น อาบน้ำ ทานข้าว ได้</p> <p>กิจกรรมประจำวัน บางอย่างทำได้ บางอย่างทำไม่ได้</p> <p>-</p>	<p>เช่น อาบน้ำ ทานข้าว ได้</p> <p>กิจกรรมประจำวัน บางอย่างทำได้ บางอย่างทำไม่ได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาพทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และ ความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>มีซึมๆ เจ็บๆ</p>	<p>อาการซึมๆ ลดลง</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และ ชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>จำญาติไม่ได้</p>	<p>ทานยาเพื่อไม่ให้ อาการแย่ลง</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมี</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

<p>เพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>มีภาวะเจียบ ซึม</p>	<p>ภาวะซึมลดลง</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับภาวะโรคที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>หลับง่ายเป็นปกติ</p>	<p>หลับง่ายอยู่แล้ว</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่มีปัญหาด้านนี้</p>	<p>ไม่มีปัญหาด้านนี้</p>

<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	-	-
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทักษิณี ทองประทีป, 2552)</p>	มีภาวะเจ็บ ซึม	ภาวะซึมลดลง
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มี ความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประเมินภาวะสุขภาพ</p>	5 กิจวัตรประจำวัน บางอย่างจำได้	6 กินยาเพื่อไม่ให้แย่ กว่าเดิม อาการ

<p>ในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่มากแต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกรับตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>บางอย่างจำไม่ได้ เช่น ลืมว่าต้องกินยา อยู่ที่เหตุการณ์ บางเหตุการณ์นี้ออก บางเหตุการณ์นี้ก็ไม่ออก เจ็บ ซึมๆ สุขภาพโดยรวมดีหมด</p>	<p>ซึมๆ ลดลง</p>
<p>ปัญหา</p>	<p>ยาแบบแผ่นแปะบางครั้งมีอาการแพ้ เป็นผื่นขึ้น ยาแบบกินไม่มีปัญหาอะไร</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>-</p>	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 15 นาง ศ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1) ด้านโพกัสหน่วยความจำ	หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อ ลอย เสร้า จำญาติบางคน	อารมณ์ดีขึ้น ทานยาเพื่อไม่ให้อาการแย่ง

	ไม่ได้ ลืม หงุดหงิด ไม่ แจ่มใส	
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของ การพักผ่อน	หงุดหงิด หลับยาก	หลับง่ายขึ้น นอนหลับดีขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การ นอนหลับง่าย)	หงุดหงิด หลับยาก	หลับง่ายขึ้น นอนหลับดีขึ้น
4) ด้านระยะเวลา นานมาก ในการนอนหลับ	หงุดหงิด หลับยาก	หลับง่ายขึ้น นอนหลับดีขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ลืม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เสร้า ร้องไห้กับ เรื่องเล็กๆ น้อยๆ	อารมณ์ดีขึ้น ลืมน้อยลง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและ ความก้าวร้าว	ลืม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เสร้า ร้องไห้กับ เรื่องเล็กๆ น้อยๆ	อารมณ์ดีขึ้น ลืมน้อยลง
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรง จำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการ เก็บรักษารายละเอียดและ ข้อเท็จจริง	หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อ ลอย เสร้า จำญาติบางคน ไม่ได้ ลืม หงุดหงิด ไม่ แจ่มใส	อารมณ์ดีขึ้น ทานยาเพื่อไม่ให้ อาการแย่ลง
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	ลืม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เสร้า ร้องไห้กับ เรื่องเล็กๆ น้อยๆ	อารมณ์ดีขึ้น ลืมน้อยลง
9) ด้านความสามารถในการ ใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	-	-

- ผลกระทำและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Rivastigmine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Rivastigmine	หลังได้รับ- Rivastigmine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Rivastigmine ประกอบด้วยผลกระทำ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ้ำย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ไม่ได้ทำอยู่แล้ว</p> <p>ไม่ได้ทำอยู่แล้ว</p> <p>ไม่ได้ทำอยู่แล้ว</p>	<p>สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ได้ดีขึ้น</p> <p>ไม่ได้ทำอยู่แล้ว</p> <p>ไม่ได้ทำอยู่แล้ว</p>

<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>หงุดหงิด ไม่แจ่มใส</p>	<p>อารมณ์ดีขึ้น</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>จำญาติบางคนไม่ได้ ลืม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส</p>	<p>ทานยาเพื่อไม่ให้อาการแย่ลง อารมณ์ดีขึ้น</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือ</p>	<p>หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เสร้า</p>	<p>อารมณ์ดีขึ้น</p>

เป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ		
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอน กลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป ในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	หงุดหงิด หลับยาก	หลับง่ายขึ้น นอนหลับดีขึ้น
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็ จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	-	-
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ</p>	<p>ลึ้ม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เศร้า ร้องไห้กับ</p>	<p>อารมณ์ดีขึ้น ลึ้มน้อยลง</p>

<p>ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>เรื่องเล็กๆ น้อยๆ</p>	
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อ</p>	<p>6</p> <p>ลืม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เสร้า ร้องไห้กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่บ้านคนเดียวไม่นานก็ร้องไห้ช่วยเหลือตัวเองได้ จำเรื่องราวได้</p>	<p>8</p> <p>อารมณ์ดีขึ้น ลืมน้อยลง</p>

<p>เปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็อกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
<p>ปัญหา</p>	<p>ยาแบบแผ่นแปะบางครั้งมีอาการแพ้ เป็นผื่นขึ้น ยาแบบกินไม่มีปัญหาอะไร</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>-</p>	

- ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Galantaminemine โรงพยาบาลรัฐใน กรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี จำนวน 15 คน

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 1 นาง ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีหลงลืมบ้าง	มีหลงลืมบ้าง
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	-	หลับง่ายขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	มีตื่นบ่อยบ้าง แต่ไม่มาก	หลับง่าย ตื่นปกติ
4) ด้านระยะเวลา นอนมากในการนอนหลับ	มีตื่นบ่อยบ้าง แต่ไม่มาก	การตื่นปกติดีขึ้น

5) ด้านช่วยลดความเครียด	มีเสียบๆบ้าง	อารมณ์ดี ยิ้ม ร่าเริง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	มีเสียบๆบ้าง	มีความสุข ยิ้มแย้ม
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรง จำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่ม การเก็บรักษารายละเอียด และข้อเท็จจริง	มีหลงลืมบ้าง	มีหลงลืมบ้าง
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	-	มีความสุข ยิ้มแย้ม ร่าเริง
9) ด้านความสามารถใน การใช้เหตุผล	มีหลงลืมบ้าง ได้ตอบ เหมือนเดิม	มีหลงลืมบ้าง ได้ตอบ เหมือนเดิม
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาชั้น พื้นฐาน	มีหลงลืมบ้าง ได้ตอบ เหมือนเดิม ไม่มีความคิดอะไร เพิ่มเติม	มีหลงลืมบ้าง ได้ตอบ เหมือนเดิม ไม่มีความคิดอะไร เพิ่มเติม

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ
หลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษา ด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วย ผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา

	ในด้านนี้	ในด้านนี้
3) ด้านวงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตหรือการทำงานวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้		
ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้าย การรับประทานอาหาร	ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลใกล้ชิด	ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลใกล้ชิด
ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ	ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลใกล้ชิด	ดูแลตนเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลใกล้ชิด
ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การ เล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก	-	-
1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่ง ประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า หือแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์		
	มีเจียบๆบ้าง	มีความสุข ยิ้มแย้ม

ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความ สนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ		
1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจาก ครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้ง ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบ กับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์	มีหลงลืมบ้าง โต้ตอบเหมือนเดิม ไม่มีความคิดอะไร เพิ่มเติม	มีหลงลืมบ้าง โต้ตอบเหมือนเดิม ไม่มีความคิดอะไร เพิ่มเติม
1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมี เพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และ ความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผล ต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด เสื่อม ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิต สูง	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิต ประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต ได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติ ทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพ ที่สำคัญในผู้สูงอายุ	มีหลงลืมบ้าง โต้ตอบเหมือนเดิม ไม่มีความคิดอะไร เพิ่มเติม	มีหลงลืมบ้าง โต้ตอบเหมือนเดิม ไม่มีความคิดอะไร เพิ่มเติม
1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถ	มีตื่นบ่อยบ้าง แต่ไม่	หลับง่าย ตื่นปกติ

<p>ในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>มาก</p>	
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ – เนื่องจากมีภาวะอื่นๆ ร่วมด้วยเช่นการลื่นล้ม</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ – เนื่องจากมีภาวะอื่นๆ ร่วมด้วยเช่นการลื่นล้ม</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิติดังนี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทาง</p>	<p>มีเจียบๆบ้าง</p>	<p>มีความสุข ยิ้มแย้ม</p>

<p>จิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพหมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิต โดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะ สุข ภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะ</p>	<p>6</p> <p>ความจำยังมีหลงลืมอยู่ การโต้ตอบเหมือนเดิม ที่ดีขึ้นคือการนอนหลับและอารมณ์ที่สดชื่น ยิ้มแย้มมากขึ้น</p>	<p>8</p> <p>ที่ดีขึ้นคือการนอนหลับและอารมณ์ที่สดชื่น ยิ้มแย้มมากขึ้น</p>

<p>สุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แยกมาก แยกเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	ต้องมีคนดูแลตลอด	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 2 ร.ต.ต. ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	-	หลับง่ายขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	-	หลับง่ายขึ้น
4) ด้านระยะเวลา นอนมากในการนอนหลับ	มีตื่นกลางคืน แต่ไม่มาก	ไม่ตื่นกลางคืนดีขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	มีหงุดหงิดบ้าง	อารมณ์ดี
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	มีหงุดหงิด ซึมๆบ้าง	มีความสุขขึ้น ยิ้มแย้ม

7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	-	มีความสุข ยิ้มแย้มมากขึ้น
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ตอบได้เร็วขึ้น
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม –	เหมือนเดิม –

	เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้ำ การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การ เล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่ช้า</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่ช้า</p> <p>-</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่ช้า</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่ช้า</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่ง ประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความ สนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา</p>	มีหงุดหงิดบ้าง	อารมณ์ดี

(vitality) ฯลฯ		
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	มีหงุดหงิด ซึมๆบ้าง	มีความสุขขึ้น ยิ้มแย้ม
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต ได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อย ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ตอบได้เร็วขึ้น
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป</p>	มีตื่นกลางคืนบ้าง	หลับดีขึ้น ตื่นกลางคืนน้อยลง

<p>ระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	มีลดลง	ทำได้ดีขึ้นทำอะไรได้มากขึ้นแต่ไม่เยอะ
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J,</p>	มีซึม และหงุดหงิด	มีความสุข ยิ้มแย้มมากขึ้น

<p>1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพหมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิต โดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง 'ไม่มีความพึงพอใจเลย' และ 10 หมายถึง 'มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด'</p> <p>2) ภาวะ สุข ภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะ</p>	<p>8</p> <p>ความจำยังมีหลงลืม อยู่แต่ลดลง จำอะไรได้มากขึ้น อารมณ์ดีขึ้น จากมีหงุดหงิดและซึม หลังทานยาดีขึ้น</p>	<p>9</p> <p>จำอะไรได้มากขึ้น อารมณ์หงุดหงิดและซึมลดลง</p>

<p>สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็กคอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แ่ลงมาก แ่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อ การ เสี่ยงชี วิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 3 นาย พ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน
2) ด้านสร้างความรู้สึของการพักผ่อน	-	-
3) ด้านสลับง่ายมาก (การนอนหลับง่าย)	-	-
4) ด้านระยะเวลาานมากในการนอนหลับ	-	-
5) ด้านช่วยลดความเครียด	เจียบๆ	อารมณ์ดีขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	เจียบๆ	พูดมากขึ้น ยิ้มแย้ม

7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	-	พูดมากขึ้น ยิ้มแย้ม
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ตอบได้เร็วขึ้น
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม –	เหมือนเดิม –

	เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้ำ การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การ เล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่ช้า</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้</p> <p>-</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่ง ประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความ สนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา</p>	-	พุดมากขึ้น ยิ้มแย้ม

(vitality) ฯลฯ		
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	เจียบๆ	พุดมากขึ้น ยิ้มแย้ม
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต ได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	ส่วนใหญ่จะเจียบๆ	ความจำดีขึ้นเล็กน้อย ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ตอบได้เร็วขึ้น พุดมากขึ้น ยิ้มแย้ม
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไป</p>	เหมือนเดิม	เหมือนเดิม

<p>ระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสถานะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	มีหลงลืมบ้าง	ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ตอบได้เร็วขึ้น
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายาม</p>	เงิบๆ	อารมณ์ดีขึ้น

<p>เพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และ พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อ</p>	<p>7</p> <p>ความจำยังมีหลงลืมอยู่แต่จำอะไรได้มากขึ้นเช่นจำทางไป-กลับห้องน้ำได้ อารมณ์ดีขึ้น มีพุดจามากขึ้น ยิ้มแย้มมากขึ้น แต่การนอนหลับยังไม่ต่างจากก่อนทานยา</p>	<p>8</p> <p>จำอะไรได้มากขึ้น อารมณ์ดีขึ้น มีพุดจามากขึ้น ยิ้มแย้มมากขึ้น</p>

<p>เปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็กตอมนักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แขนงมาก แขนงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้น เล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียด ต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 4 นาง ล (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	มีหลงลืม	มีหลงลืม แต่จำเรื่องในอดีตได้ดี
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	นอนยาก บางครั้งต้องใช้ยานอนหลับ	นอนยาก บางครั้งต้องใช้ยานอนหลับ
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	นอนยาก บางครั้งต้องใช้ยานอนหลับ	นอนยาก บางครั้งต้องใช้ยานอนหลับ
4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ	นอนยาก บางครั้งต้องใช้ยานอนหลับ	นอนยาก บางครั้งต้องใช้ยานอนหลับ
5) ด้านช่วยลดความเครียด	มีหงุดหงิดบ่อย	มีหงุดหงิดบ้างแต่ลดลง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า	มีหงุดหงิดบ่อย	มีหงุดหงิดบ้างแต่ลดลง

และความก้าวร้าว		
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	มีหลงลืม	มีหลงลืม แต่จำเรื่องในอดีตได้ดี
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	มีหงุดหงิดบ่อย	มีหงุดหงิดบ้างแต่ลดลง
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	มีหลงลืม	มีหลงลืม แต่จำเรื่องในอดีตได้ดี พุดแต่เรื่องในอดีตเข้าไป ซ้ำมา
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม –	เหมือนเดิม –

	เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศ ไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการ ดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่ง ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้ำย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การ เล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>-</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวัน ได้ช่วยเหลือตัวเอง ได้</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวัน ได้ช่วยเหลือตัวเอง ได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่ง ประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	มีหงุดหงิดบ่อย	มีหงุดหงิดบ้างแต่ ลดลง

<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้ง ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	มีหุงดหังคบ๋อย	มีหุงดหังคบ๋ายแต่ลดลง
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่ หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	มีหุงดหังคบ๋อย	มีหุงดหังคบ๋ายแต่ลดลง
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้ง</p>	เหมือนเดิม คือนอนยาก ต้องใช้ยานอนหลับร่วมด้วย	เหมือนเดิม คือนอนยาก ต้องใช้ยานอนหลับร่วมด้วย

<p>จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของ ความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรัง ก็จะมี ความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	-	-
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่</p>	มีหุจดหังคบ้อย	มีหุจดหังคบ้างแต่ลดลง

<p>เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมาก</p>	<p>6</p> <p>ความจำยังมีหลงลืมอยู่ พุดแต่เรื่องในอดีต นอนหลับยาก ต้องใช้ยานอนหลับในบางครั้ง มีอารมณ์หงุดหงิด แต่หลังทานยาหงุดหงิดน้อยลง</p>	<p>7</p> <p>หลังทานยาหงุดหงิดน้อยลง</p>

หรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่ อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 5 นาง ก (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัส หน่วยความจำ	มีหลงลืม	มีหลงลืม
2) ด้านสร้างความรู้สึกร ของการพักผ่อน	หลับๆ ตื่นๆ มีการใช้ยานอนหลับร่วมด้วย	หลับง่ายขึ้น หลับยาวขึ้น แต่ยังมีตื่นบ้าง
3) ด้านสลับง่ายมาก (การนอนหลับง่าย)	หลับๆ ตื่นๆ มีการใช้ยานอนหลับร่วมด้วย	หลับง่ายขึ้น หลับยาวขึ้น แต่ยังมีตื่นบ้าง
4) ด้านระยะเวลานานมากในการนอนหลับ	หลับๆ ตื่นๆ มีการใช้ยานอนหลับร่วมด้วย	หลับง่ายขึ้น หลับยาวขึ้น แต่ยังมีตื่นบ้าง
5) ด้านช่วยลดความเครียด	มีก้าวร้าวบ้าง	คูอรมนต์ดีมากขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	มีก้าวร้าวบ้าง	คูอรมนต์ดีมากขึ้น
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียด	ชอบพูดเรื่องในอดีตซ้ำๆ พูดเรื่องเดิมๆ ตลอดเวลา	เหมือนเดิม

และข้อเท็จจริง		
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ชอบพูดเรื่องในอดีตซ้ำๆ พูดเรื่องเดิมๆ มีก้ำว้าบบ้าง	คูอารมณดีมากขึ้น
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา

	ในด้านนี้	ในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ ขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การ เล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ บ้าง แต่มีคนคอยช่วย</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ บ้าง แต่มีคนคอยช่วย</p> <p>-</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ บ้าง แต่มีคนคอยช่วย</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ บ้าง แต่มีคนคอยช่วย</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่ง ประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความ สนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	มีก้าวร้าวบ้าง	ดูอารมณ์ดีมากขึ้น
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการ มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง</p>	มีก้าวร้าวบ้าง	ดูอารมณ์ดีมากขึ้น

<p>และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>		
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต ได้ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	ชอบพูดเรื่องในอดีตซ้ำๆ พูดเรื่องเดิมๆ ตลอดเวลา	เหมือนเดิม
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและ</p>	หลับๆ ตื่นๆ มีการใช้ยานอนหลับร่วมด้วย	หลับง่ายขึ้น หลับยาวขึ้น แต่ยังมีตื่นบ้าง

<p>ความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเจิงและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	-	-
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพหมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึด</p>	มีก้าวร้าวบ้าง	ดูอารมณ์ดีมากขึ้น

<p>เหนียวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มี ความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมี ความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย</p>	<p>7</p> <p>ความจำยังมีหลงลืม อยู่ ก่อนทานยา และ หลังทานยายังลืม เหมือนเดิม ไม่ต่างกัน พุคแต่เรื่อง เดิมๆ ซ้ำๆ อารมณ์มี หงุดหงิด การนอน หลับต้องใช้ยานอน หลับร่วมด้วย</p>	<p>9</p> <p>หลังทานยา ช่วยให้ การตื่นนอนลดลง หลับได้นานขึ้น และ อารมณ์ก้าวร้าวลดลง</p>

เช่น แอลงมาก แอลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความถี่ของอาการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 6 นาย ป (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	-	-
2) ด้านสร้างความรู้สึกร่องการพักผ่อน	-	หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	-	หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น
4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ	-	หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เสียงมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เสียงมาก จึงตอบไม่ได้
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เสียงมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เสียงมาก จึงตอบไม่ได้
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เสียงมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เสียงมาก จึงตอบไม่ได้

8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เจียบมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เจียบมาก จึงตอบไม่ได้
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เจียบมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เจียบมาก จึงตอบไม่ได้
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เจียบมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เจียบมาก จึงตอบไม่ได้

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้

<p>2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน</p>		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>มีคนเดียวตลอดเวลา</p> <p>มีคนเดียวตลอดเวลา</p> <p>-</p>	<p>มีคนเดียวตลอดเวลา</p> <p>มีคนเดียวตลอดเวลา</p> <p>-</p>
<p><u>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาพทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</u></p>	<p>ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้</p>	<p>ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้</p>
<p><u>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำ</u></p>	<p>ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้</p>	<p>ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้</p>

<p>กิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้ง ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>		
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต ได้ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้	ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรค</p>	-	หลับง่าย หลับนานขึ้น

<p>หลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระแ้งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของ</p>	<p>ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้</p>	<p>ช่วงหลังมาไม่ค่อยพูด เงียบมาก จึงตอบไม่ได้</p>

<p>ความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิต โดยรวมหรือ ความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถาม เดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อย แค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง 'ไม่มีความพึงพอใจเลย' และ 10 หมายถึง 'มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด'</p> <p>2) ภาวะ สุข ภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวล ภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่ มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมี ภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจใน สุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะ ใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะ สุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อ เปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะ สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับ เมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็กดตอบมักเป็นแบบ ลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้น</p>	<p>5</p> <p>ประเมินอะไรไม่ได้ มากเนื่องจากเป็นคน พุดน้อย เงียบๆ แสดงออกน้อย และ ช่วยตัวเองไม่ได้มาก มีคนคอยดูแล ตลอดเวลา</p>	<p>5.5</p> <p>สิ่งที่เห็นการ เปลี่ยนแปลงคือมี การนอนหลับที่นาน ขึ้น หลับง่ายขึ้น</p>

เล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสถียรต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 7 นาง ว (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สำคัญ	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	เหตุการณ์ปัจจุบันจำไม่ค่อยได้ แต่เหตุการณ์ในอดีตจำได้แม่นยำ	เหมือนก่อนทานยา - เหตุการณ์ปัจจุบันจำไม่ค่อยได้ แต่เหตุการณ์ในอดีตจำได้แม่นยำ
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	-	หลับง่ายขึ้น ตื่นอีกทีตอนเช้า
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	-	หลับง่ายขึ้น ตื่นอีกทีตอนเช้า
4) ด้านระยะเวลา นานมากในการนอนหลับ	-	หลับง่ายขึ้น ตื่นอีกทีตอนเช้า
5) ด้านช่วยลดความเครียด	เครียดวราด จีโมโห	อาการเครียดวราด จีโมโห ลดลง คูดีมีความสุขมากขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	เครียดวราด จีโมโห	อาการเครียดวราด จีโมโห ลดลง คูดีมีความสุขมากขึ้น
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียด	เหตุการณ์ปัจจุบันจำไม่ค่อยได้ แต่เหตุการณ์ในอดีตจำได้แม่นยำ	เหมือนก่อนทานยา - เหตุการณ์ปัจจุบันจำไม่ค่อยได้ แต่เหตุการณ์ในอดีตจำได้แม่นยำ

และข้อเท็จจริง		
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	เกรี้ยวกราด ชี้โมโห	อาการเกรี้ยวกราด ชี้โมโห ลดลง คูดีมีความสุขมากขึ้น
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม –	เหมือนเดิม – เนื่องจาก

	เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	ไม่มีปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำงานวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะไกล ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>-</p>	<p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ใช้ชีวิตประจำวันได้ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>เครียดกราด ซึม โหม</p>	<p>อาการเครียดกราด ซึม โหมลดลง คุณมีมีความสุขมากขึ้น</p>
1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม	เครียดกราด ซึม โหม	อาการเครียดกราด ซึม

<p>(Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>		<p>โมโหลดลง คูดีมี ความสุขมากขึ้น</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>เหตุการณ์ปัจจุบันจำไม่ค่อยได้ แต่ เหตุการณ์ในอดีตจำได้แม่นยำ</p>	<p>เหมือนก่อนทานยา - เหตุการณ์ปัจจุบันจำ ไม่ค่อยได้ แต่ เหตุการณ์ในอดีตจำได้ แม่นยำ</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากใน</p>	<p>-</p>	<p>หลับง่าย ตื่นอีกทีตอน เช้า</p>

<p>ตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระแฉี่และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	-	-
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck</p>	เกี่ยวข้องกับชีวิตจิตใจ	อาการเกี่ยวข้องกับจิตใจลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น

<p>M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของ</p>	<p>6.5</p> <p>ความจำยังมีหลงลืมอยู่จำได้แต่เรื่องในอดีตซึ่งจำได้แม่นยำมาก มีอารมณ์เกี่ยวกับกราด ขี้โมโห</p>	<p>8</p> <p>หลังทานยา การนอนหลับดีขึ้น ตื่นอีกทีตอนเช้า และอารมณ์เครียดกราดลดลง ขี้โมโหลดลง</p>

<p>ท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก ตัวเล็กตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แยะลงมาก แยะลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสถียรต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 8 คุณ ก (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
<p>1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ</p>	<p>ผู้ป่วยมีอาการอัลไซเมอร์จากอุบัติเหตุกระทบกระเทือนทางสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมหลายอย่าง เช่น มีพาร์กินสันร่วม จึงจำใครไม่ค่อยได้ และมักพูดคนเดียวแต่ไม่เป็นภาษา พูดคุยได้ รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง</p>	<p>จำคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้ ตอบโต้กับคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้</p>
<p>2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน</p>	<p>หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มี</p>	<p>หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มี</p>

	การตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย	การตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มีการตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย	หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มีการตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย
4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ	หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มีการตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย	หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มีการตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย
5) ด้านช่วยลดความเครียด	หากไม่ได้ทานยาจะ ซึม บางครั้งก็นอนอย่างเดียว หรือ บางครั้งก็เครียด จนเกิดอาการเกร็ง	อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม พุดคุย แต่ถ้า ยาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	หากไม่ได้ทานยาจะ ซึม บางครั้งก็นอนอย่างเดียว หรือ บางครั้งก็เครียด จนเกิดอาการเกร็ง	อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม พุดคุย แต่ถ้า ยาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียด และข้อเท็จจริง	หากไม่ได้ทานยาจะ ซึม บางครั้งก็นอนอย่างเดียว หรือ บางครั้งก็เครียด จนเกิดอาการเกร็ง	อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม พุดคุย แต่ถ้า ยาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	จำใครไม่ค่อยได้ และมักพูดคนเดียวแต่ไม่เป็นภาษา พุดคุยได้ รู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง	อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม พุดคุย แต่ถ้า ยาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี
9) ด้านความสามารถใน	จำใครไม่ค่อยได้ และมักพูดคนเดียว	จำคนในครอบครัวและผู้ดูแล

การใช้เหตุผล	เดียวแต่ไม่เป็นภาษา พูดคุยได้ รู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง	ได้ ตอบโต้กับคนในครอบครัว และผู้ดูแลได้
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	จำใครไม่ค่อยได้ และมักพูดคน เดียวแต่ไม่เป็นภาษา พูดคุยได้ รู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง	จำคนในครอบครัวและผู้ดูแล ได้ ตอบโต้กับคนในครอบครัว และผู้ดูแลได้

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ
หลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหา ในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศ ไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		

<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ระดับที่ 1-2 : ทำกิจกรรมไม่ได้เลย เพราะป่วยเป็นพาร์กินสันและมีอาการเกร็งร่วมด้วย จึงทำให้ลูกนั่ง หรือช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้</p> <p>-</p>	<p>ระดับที่ 1-2 : ทำกิจกรรมไม่ได้เลย เพราะป่วยเป็นพาร์กินสันและมีอาการเกร็งร่วมด้วย จึงทำให้ลูกนั่ง หรือช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาพทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>หากไม่ได้ทานยา จะ ซึม บางครั้งก็นอนอย่างเดียว หรือบางครั้งก็เครียด จนเกิดอาการเกร็ง</p>	<p>อารมณ์ดี ซึมแหม่ พุดคุย แต่ถ้ายาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้ง</p>	<p>จำใครไม่ค่อยได้ และมักพูดคนเดียว แต่ไม่เป็นภาษา พูดคุยได้ รู้เรื่อง บ้างไม่รู้เรื่องบ้าง</p>	<p>จำคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้ตอบโต้กับคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้</p>

ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์		
1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่ หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ	จำใครไม่ค่อยได้ และมักพูดคนเดียว แต่ไม่เป็นภาษา พูดคุยได้ รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง	จำคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้ ตอบโต้กับคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้
1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง	หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มีการตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย	หลับง่าย(อาจเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย) แต่ไม่มีการตื่นกลางคืน จากเดิมที่จะหลับยาก ก็จะหลับยาวจนถึงเช้าเลย
1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่	ไม่สามารถวัดได้ –	ไม่สามารถวัดได้ –

<p>เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรัง ก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>เนื่องจากมีภาวะอื่น ๆ ร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอัลไซเมอร์จากอุบัติเหตุ กระแทบกระเเทือนทางสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมหลายอย่าง เช่น มีพาร์กินสันร่วมจากอาการเกร็ง และมีอาการเกร็ง ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้</p>	<p>เนื่องจากมีภาวะอื่น ๆ ร่วมด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอัลไซเมอร์จากอุบัติเหตุ กระแทบกระเเทือนทางสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมหลายอย่าง เช่น มีพาร์กินสันร่วมจากอาการเกร็ง และมีอาการเกร็ง ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่</p>	<p>หากไม่ได้ทนายจะ ซึม บางครั้งก็นอนอย่างเดียว หรือบางครั้งก็เกร็ง จนเกิดอาการเกร็ง</p>	<p>อารมณ์ดี ซึมเศร้า พุดคุย แต่ถ้ายาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี</p>

<p>เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรรู้ไหม เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เป็นอย่างไรรู้ไหม ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมาก</p>	<p>5</p> <p>ก่อนหน้าจะรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอัลไซเมอร์จากอุบัติเหตุ กระแทบกระเทือนทางสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมหลายอย่าง เช่น มีพาร์กินสันร่วมจากอาการเกร็ง และมีอาการเกร็งจึงทำให้เดิน นั่ง ยืนไม่ถนัดได้ (แต่ไม่ถึงขั้นเป็นอัมพฤกษ์คือยังขยับตัวได้ทุก</p>	<p>8</p> <p>หลังจากทานยา ก็ทำให้จดจำคนได้ดีขึ้น จำคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้ แต่จำเรื่องราวต่าง ๆ ได้บ้างไม่ได้บ้าง อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม พุดคุย แต่ถ้ายาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี</p>

หรือจากมากไปน้อย เช่น แล่งมาก แล่งเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่ อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย	อย่าง) จำใครไม่ ค่อยได้ และมักพูด คนเดียวแต่ไม่เป็น ภาษา	
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	ต้องมีคนดูแลตลอด	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 9 คุณ ศ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัส หน่วยความจำ	-	จำคนในครอบครัวได้ ชวนคุย
2) ด้านสร้างความรู้สึก ของการพักผ่อน	หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิด อาการหงุดหงิด มีด่า มีร้อง	หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิด อาการหงุดหงิด มีด่า มีร้อง
3) ด้านสลับป่ายมาก (การ นอนหลับง่าย)	หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิด อาการหงุดหงิด มีด่า มีร้อง	หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิด อาการหงุดหงิด มีด่า มีร้อง
4) ด้านระยะเวลา มากในการนอนหลับ	หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิด อาการหงุดหงิด มีด่า มีร้อง	หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิด อาการหงุดหงิด มีด่า มีร้อง
5) ด้านช่วยเหลือ ความเครียด	โมโห ด่า	จำคนในครอบครัวได้ ชวนคุย
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	โมโห ด่า	จำคนในครอบครัวได้ ชวนคุย อารมณ์ดีตลอดทั้งวัน พูดเก่ง ชอบชมคนอื่น อวยพรคนอื่น

7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	-	-
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	โมโห ค่า	จำคนในครอบครัวได้ ชวนคุยอารมณ์ดีตลอดทั้งวัน พุดเก่ง ชอบชมคนอื่น อวยพรคนอื่น
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ Galantaminemine	หลังได้รับ Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม –	เหมือนเดิม – เนื่องจาก

	เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	ไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจาก ไม่มีปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถ ในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้ำ การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การ เล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>กิจกรรมอื่นๆ ไม่ค่อย ได้ทำ เพราะอายุ มากแล้ว และเดิน ไม่ได้ ก่อนและ หลังทานยาเลยไม่ ต่างกันเท่าไร</p> <p>กิจกรรมอื่นๆ ไม่ค่อย ได้ทำ เพราะอายุ มากแล้ว และเดิน ไม่ได้ ก่อนและ หลังทานยาเลยไม่ ต่างกันเท่าไร</p> <p>-</p>	<p>กิจกรรมอื่นๆ ไม่ค่อยได้ ทำ เพราะอายุมากแล้ว และเดินไม่ได้ ก่อน และหลังทานยาเลยไม่ ต่างกันเท่าไร</p> <p>กิจกรรมอื่นๆ ไม่ค่อยได้ ทำ เพราะอายุมากแล้ว และเดินไม่ได้ ก่อน และหลังทานยาเลยไม่ ต่างกันเท่าไร</p> <p>-</p>
1.2 มิติการทำหน้าที่ทางจิตใจ	โมโห ค่า	จำคนในครอบครัวได้

<p>(Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>		<p>ชวนคุย อารมณ์ดีตลอดทั้งวัน พุดเก่ง ชอบชมคนอื่น อวยพรคนอื่น</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>มีการหลุดหงิด มีคำมีเรื่อง</p>	<p>อารมณ์ดีตลอดทั้งวัน พุดเก่ง ชอบชมคนอื่น อวยพรคนอื่น</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต</p>	<p>มีการหลุดหงิด มีคำมีเรื่อง</p>	<p>จำคนในครอบครัวได้ ชวนคุย อารมณ์ดีตลอดทั้งวัน พุดเก่ง ชอบชมคนอื่น อวยพรคนอื่น</p>

<p>ได้ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>		
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด มีคำ มีร้อง</p>	<p>หลับได้ 10-12 ชม. แต่บางทีก็ไม่นอน 2-3 วัน ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด มีคำ มีร้อง</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิติดังนี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>มีการหุจดหงิด มีค่า มีร้อง</p>	<p>อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม พุดคุย แต่ถ้ายาหมดฤทธิ์ก็จะซึม บ้างก็อารมณ์ไม่ดี</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง</p>	<p>7</p> <p>ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะนอนอยู่ที่เตียง เพราะเดินไม่ได้ ทำให้เกิดอาการหุจดหงิด มี</p>	<p>9</p> <p>จำคนในครอบครัวได้ ชวนคุย อารมณ์ดี ตลอดทั้งวัน พุดเก่ง ชอบชมคนอื่น อวยพรคนอื่น แต่กิจวัตรอื่นๆ</p>

<p>(actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมี ภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจใน สุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะ ใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะ สุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไ ร เมื่อ เปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะ สุขภาพของท่านเป็นอย่างไ ร เมื่อเปรียบเทียบกับ เมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เป็นอย่างไ ร ตัวเลือกรวมมักเป็นแบบ ลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้น เล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพใน มุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเลี ยง ต่อ ก ร เ ลี ย ชี วิ ต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของ ผู้ป่วย</p>	<p>ต่ำ มีร้อง แต่ กิจวัตรอื่นๆไม่ค่อย ได้ทำเพราะอายุ มากแล้ว และเดิน ไม่ได้ ก่อนและ หลังทานยาเลยไม่ ต่างกันเท่าไร</p>	<p>ไม่ค่อยได้ทำ เพราะ อายุมากแล้ว และเดิน ไม่ได้ ก่อนและหลัง ทานยาเลยไม่ต่างกัน เท่าไร</p>
<p>ปัญหา</p>	<p>-</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>ต้องมีคนดูแลตลอด เพราะอายุมากแล้ว และ เดินไม่ได้ ก่อนและหลังทานยาเลยไม่ต่างกัน เท่าไร</p>	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 10 คุณ ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
<p>1) ด้าน โฟกัส หน่วยความจำ</p>	<p>ลืม สับสน</p>	<p>ไม่ช่วยด้านความจำ ยังสับสน อยู่</p>

2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืน แต่บางคืนก็ยังไม่หลับๆตื่นๆ	ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืน แต่บางคืนก็ยังไม่หลับๆตื่นๆ
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืน แต่บางคืนก็ยังไม่หลับๆตื่นๆ	ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืน แต่บางคืนก็ยังไม่หลับๆตื่นๆ
4) ด้านระยะเวลา นานมากในการนอนหลับ	มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน	หลังทานยาช่วยลดความเครียด ความฟุ้งซ่าน
5) ด้านช่วยลดความเครียด	มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน	หลังทานยาช่วยลดความเครียด ความฟุ้งซ่าน
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน	หลังทานยาช่วยลดความเครียด ความฟุ้งซ่าน
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ลืม สับสน	ไม่ช่วยด้านความจำ ยังสับสนอยู่
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน	หลังทานยาช่วยลดความเครียด ความฟุ้งซ่าน
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน	หลังทานยาช่วยลดความเครียด ความฟุ้งซ่าน
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่		

<p>เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>1) ด้านปวดศีรษะ</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>
<p>2) ด้านคลื่นไส้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>
<p>3) ด้านวิงเวียน</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>
<p>4) ด้านท้องร่วง</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>	<p>เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>
<p>2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน</p>		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวัน</p>	<p>การใช้ชีวิตไม่ต่างจากเดิม คือยังช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี</p> <p>การใช้ชีวิตไม่ต่าง</p>	<p>การใช้ชีวิตไม่ต่างจากเดิม คือยังช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี</p> <p>การใช้ชีวิตไม่ต่าง</p>

<p>ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>จากเดิม คือยังช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี</p> <p>-</p>	<p>จากเดิม คือยังช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>มีภาวะเครียด หงุดหงิด พึงช่าน</p>	<p>หลังทานยาช่วยลด ความเครียด ความ พึงช่าน</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>มีภาวะเครียด หงุดหงิด พึงช่าน</p>	<p>หลังทานยาช่วยลด ความเครียด ความ พึงช่าน</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>ความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต ได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ลึ้ม สับสน มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน</p>	<p>ไม่ช่วยด้านความจำ ยังสับสนอยู่ หลังทานยาช่วยลดความเครียด ความฟุ้งซ่าน</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืน แต่บางคืนก็ยังหลับๆตื่นๆ</p>	<p>ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืน แต่บางคืนก็ยังหลับๆตื่นๆ</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนาน</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>กว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	มีภาวะเครียด หงุดหงิด พึงช่าน	หลังทานยาช่วยลด ความเครียด ความ พึงช่าน
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่</p>	7	9

<p>ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะ สุขภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวล ภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมี ภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจใน สุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะ ใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะ สุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อ เปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะ สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับ เมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็อกตอบมักเป็นแบบ ลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่เล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้น เล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพใน มุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง ต่อ การ เสี่ย ชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะ ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของ ผู้ป่วย</p>	<p>การใช้ชีวิตไม่ต่าง จากเดิม คือยัง ช่วยเหลือตัวเองใน เรื่องต่าง ๆ ใน ชีวิตประจำวันได้ดี การนอนหลับผู้ป่วย ต้องทานยานอน หลับทุกคืน แต่บาง คืนก็ยังหลับๆตื่นๆ มี ลิ้ม และยังสับสนอยู่</p>	<p>ไม่ช่วยด้านความจำ ยังสับสนอยู่ หลัง ทานยาช่วยลด ความเครียด ความ พึงชาน</p>
<p>ปัญหา</p>	<p>ไม่พบผลข้างเคียง</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>-</p>	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 11 คุณ อ (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัส หน่วยความจำ	จำได้แต่เรื่องในอดีต เรื่อง ใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้เลย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้	จำได้แต่เรื่องในอดีต เรื่อง ใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้เลย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้
2) ด้านสร้างความรู้สึทของ การพักผ่อน	หลังทานยาหลับง่าย และหลับ สนิทตอนกลางคืน อาจเพราะ ทานยานอนหลับร่วม	หลังทานยาหลับง่าย และหลับ สนิทตอนกลางคืน อาจเพราะ ทานยานอนหลับร่วม
3) ด้านสลับง่ายมาก (การ นอนหลับง่าย)	หลังทานยาหลับง่าย และหลับ สนิทตอนกลางคืน อาจเพราะ ทานยานอนหลับร่วม	หลังทานยาหลับง่าย และหลับ สนิทตอนกลางคืน อาจเพราะ ทานยานอนหลับร่วม
4) ด้านระยะเวลาานานมาก ในการนอนหลับ	หลังทานยาหลับง่าย และหลับ สนิทตอนกลางคืน อาจเพราะ ทานยานอนหลับร่วม	หลังทานยาหลับง่าย และหลับ สนิทตอนกลางคืน อาจเพราะ ทานยานอนหลับร่วม
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ซึมๆ ไม่กระปรี้กระเปร่า	ได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้เลย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้ แต่ เมื่อทานยาแล้วทำให้ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่อารมณ์เสียหรือค้นข้าวของ ไม่ช่วยให้กระปรี้กระเปร่า
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	ซึมๆ ไม่กระปรี้กระเปร่า	ได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้เลย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้ แต่ เมื่อทานยาแล้วทำให้ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่อารมณ์เสียหรือค้นข้าวของ ไม่ช่วยให้กระปรี้กระเปร่า
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรง จำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่ม	ลืม สับสน	ไม่ช่วยด้านความจำ ยังสับสน อยู่

การเก็บรักษารายละเอียด และข้อเท็จจริง		
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	ซึมๆ ไม่กระปรีกระเปร่า	จำได้แต่เรื่องในอดีต เรื่อง ใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้โดย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้ แต่ เมื่อกานยาแล้วทำให้ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่อารมณ์เสียหรือค้นข่าวของ ไม่ช่วยให้กระปรีกระเปร่า
9) ด้านความสามารถใน การใช้เหตุผล	จำได้แต่เรื่องในอดีต เรื่อง ใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้โดย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้	จำได้แต่เรื่องในอดีต เรื่อง ใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้โดย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและ
หลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้

3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มี ปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p><u>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้ เป็น 3 ระดับ ดังนี้</u></p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การ จับถ้ำย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่น กีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ยังเดินและ ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ยังเดินและ ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>-</p>	<p>ยังเดินและ ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>ยังเดินและ ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>-</p>
<p><u>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะ ทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประ กอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และ</u></p>	<p>ซึมๆ ไม่ กระปรี้กระเปร่า</p>	<p>ได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่อง ปัจจุบันจำไม่ได้ เลย ตัดสินใจเรื่อง ต่างๆ ไม่ได้ แต่เมื่อ ทานยาแล้วทำให้ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่</p>

<p>ความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>		<p>อารมณ์เสียหรือค้น ข่าวของ ไม่ช่วยให้ กระปรี้กระเปร่า</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>ซึมๆ ไม่ กระปรี้กระเปร่า</p>	<p>ได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่อง ปัจจุบันจำไม่ได้ เลย ตัดสินใจเรื่อง ต่างๆไม่ได้แต่เมื่อ ทานยาแล้วทำให้ ไม่ฟังชาน ไม่ อารมณ์เสียหรือค้น ข่าวของ ไม่ช่วยให้ กระปรี้กระเปร่า</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ซึมๆ ไม่ กระปรี้กระเปร่า</p>	<p>ได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่อง ปัจจุบันจำไม่ได้ เลย ตัดสินใจเรื่อง ต่างๆไม่ได้แต่เมื่อ ทานยาแล้วทำให้ ไม่ฟังชาน ไม่ อารมณ์เสียหรือค้น ข่าวของ ไม่ช่วยให้ กระปรี้กระเปร่า</p>

<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>หลังทานยาหลับง่าย และหลับสนิท ตอนกลางคืน อาจเพราะทานยานอนหลับร่วม</p>	<p>หลังทานยาหลับง่าย และหลับสนิท ตอนกลางคืน อาจเพราะทานยานอนหลับร่วม</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคง</p>	<p>มักเดินไปเดินมา และรื้อของ</p>	<p>ได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้ เลย ตัดสินใจเรื่องต่างๆ ไม่ได้ แต่เมื่อ</p>

<p>ภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>		<p>ทานยาแล้วทำให้ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่อารมณ์เสียหรือคันข้าวของ</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย់แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ</p>	<p>6</p> <p>ช่วงแรกๆที่ป่วยยังจดจำอะไรได้บ้าง แต่นอนหลับยาก ตอนกลางคืนไม่นอน มักเดินไปเดินมาและรื้อของยังเดินและช่วยเหลือตัวเองได้ แต่หลงลืมหลายเรื่อง</p>	<p>8</p> <p>ที่นอนหลับดีอาจจะเพราะทานยานอนหลับร่วมด้วย หลังทานยาไม่ช่วยเรื่องความจำ จำได้แต่เรื่องในอดีต เรื่องใหม่ๆ เรื่องปัจจุบันจำไม่ได้เลย ตัดสินใจเรื่องต่างๆไม่ได้ แต่เมื่อทานยาแล้วทำให้ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่อารมณ์เสียหรือคันข้าว</p>

<p>1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเล็อกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>		ของ
ปัญหา	ไม่พบผลข้างเคียง	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 12 คุณ ก (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	อาการก่อนรับการรักษาด้วยยา คือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมนิวธีไปว่าทำยังไง ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา จาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น	อาการก่อนรับการรักษาด้วยยา คือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมนิวธีไปว่าทำยังไง ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา จาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น
2) ด้านสร้างความรู้สึกรของการพักผ่อน	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว
4) ด้านระยะเวลาในการนอนหลับ	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว

5) ด้านช่วยลด ความเครียด	ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา	ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา	ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา
7) ด้านเพิ่มอัตราความ ทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วย เพิ่มการเก็บรักษารายละเอียด และข้อเท็จจริง	อาการก่อนรับการรักษาด้วยยา คือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำยังไง ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการ ทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา จาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดี ขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา	อาการก่อนรับการรักษาด้วยยา คือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำยังไง ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการ ทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา จาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดี ขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา	ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา
9) ด้านความสามารถใน การใช้เหตุผล	อาการก่อนรับการรักษาด้วยยา คือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำยังไง ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการ ทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา จาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดี ขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา	อาการก่อนรับการรักษาด้วยยา คือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำยังไง ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการ ทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา จาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดี ขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการ แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลังทานยา
10) ด้านความคิด	-	-

สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน		
----------------------------------	--	--

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิตินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถ		

<p>ในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ปัจจุบันยังเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองใน กิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ปัจจุบันยังเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองใน กิจกรรมประจำวันได้</p> <p>-</p>	<p>ปัจจุบันยังเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองใน กิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ปัจจุบันยังเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองใน กิจกรรมประจำวันได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีลักษณะ อารมณ์แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลัง ทานยา</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีลักษณะ อารมณ์แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลัง ทานยา</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มี</p>	<p>อาการก่อนรับการ รักษาด้วยยาคือ จำ คนไม่ได้ จำสิ่งของ ไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่ เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไป ว่าทำอย่างไร ไม่ช่วยให้</p>	<p>อาการก่อนรับการ รักษาด้วยยาคือ จำคน ไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำ ไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ ลืมวิธีไปว่าทำอย่างไร ไม่ ช่วยให้จำได้มากขึ้น</p>

<p>ผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยาจาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการแปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็นความต่าง ก่อนหลังทานยา</p>	<p>อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยาจาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการแปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็นความต่าง ก่อนหลังทานยา</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>อาการก่อนรับการรักษาด้วยยาคือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำอย่างไร ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยาจาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการแปรปรวน หรือซึม จึง</p>	<p>อาการก่อนรับการรักษาด้วยยาคือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำอย่างไร ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยาจาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการแปรปรวน หรือซึม จึง</p>

	แปรปรวน หรือ ซึม จึงไม่เห็นความต่าง ก่อนหลังทานยา	ไม่เห็นความต่าง ก่อนหลังทานยา
1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคเครียดและยารักษาความดันโลหิตสูง	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว	ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว
1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงาน	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้

<p>อาสาสมัคร ฯลฯ</p>		
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีลักษณะ อารมณ์แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลัง ทานยา</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีลักษณะ อารมณ์แปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็น ความต่างก่อนหลัง ทานยา</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิต จากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับ</p>	<p>5</p> <p>อาการก่อนรับการรักษาด้วยยาคือ จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่</p>	<p>5</p> <p>จำคนไม่ได้ จำสิ่งของไม่ได้ เริ่มทำอะไรที่เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไป</p>

<p>ภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่มาก อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสียดต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่ อาจจะไม่มี ความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>เคยทำไม่ได้ เช่น ทำอาหาร ก็ลืมวิธีไปว่าทำยังไง แต่กิจวัตรประจำวันยังช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้ แต่มักหลงลืมและออกไปข้างนอกเอง ชอบเก็บของ เช่น ถุงพลาสติก ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยาจาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการแปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็นความต่าง ก่อนหลังทานยา ปัจจุบันยังเดินได้ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p>	<p>ว่าทำยังไง แต่กิจวัตรประจำวันยังช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้ แต่มักหลงลืมและออกไปข้างนอกเอง ชอบเก็บของ เช่น ถุงพลาสติก ไม่ช่วยให้จำได้มากขึ้น อาการทรงตัว หมอสั่งเพิ่มปริมาณยาจาก 8mg เป็น 16mg ก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีลักษณะอาการแปรปรวน หรือซึม จึงไม่เห็นความต่าง ก่อนหลังทานยา ปัจจุบันยังเดินได้ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p>
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 13 คุณ ท (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ทำอะไรผิดพลาดบ่อย ทำงานผิด ไม่เหมือนเดิม จำเพื่อน	ดีขึ้นเรื่อยๆ เริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย

	ไม่ได้	
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	-	ดีขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	-	ดีขึ้น
4) ด้านระยะเวลา นานมาก ในการนอนหลับ	-	ดีขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ทำอะไรผิดพลาดบ่อย ทำงาน ผิด จึงเครียด	กินยาแล้ว ถือว่าโอเค เครียด น้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	ทำอะไรผิดพลาดบ่อย ทำงาน ผิด จึงเครียด	กินยาแล้ว ถือว่าโอเค เครียด น้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่ม การเก็บรักษารายละเอียด และข้อเท็จจริง	ทำอะไรผิดพลาดบ่อย ทำงาน ผิด จึงเครียด	กินยาแล้ว ถือว่าโอเค เครียด น้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	ทำอะไรผิดพลาดบ่อย ทำงาน ผิด จึงเครียด	กินยาแล้ว ถือว่าโอเค เครียด น้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย
9) ด้านความสามารถใน การใช้เหตุผล	ทำอะไรผิดพลาดบ่อย ทำงาน ผิด จึงเครียด	กินยาแล้ว ถือว่าโอเค เครียด น้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย
10) ด้านความคิด สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้น พื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
<p>1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้</p> <p>1) ด้านปวดศีรษะ</p>	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำงานวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองใน</p>	ช่วยเหลือตัวเองใน	ช่วยเหลือตัวเองใน

<p>เบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>กิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>-</p>	<p>กิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>ทำอะไรผิดพลาด บ่อย ทำงานผิด จึงเครียด</p>	<p>กินยาแล้ว ถือว่าโอเค เครียดน้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ จำได้ เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>ทำอะไรผิดพลาด บ่อย ทำงานผิด ไม่เหมือนเดิม จำเพื่อนไม่ได้</p>	<p>ดีขึ้นเรื่อยๆ เริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถ</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

<p>ในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และ ยารักษาความดันโลหิตสูง</p>		
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็น มิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ทำอะไรผิดพลาด บ่อย ทำงานผิด ไม่เหมือนเดิม จำเพื่อนไม่ได้</p>	<p>ดีขึ้นเรื่อยๆ เริ่มจำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย เครียดน้อยลงเพราะเริ่มจำอะไรได้</p>
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ตื่นเร็วกว่าปกติ เป็นบางครั้ง</p>	<p>ดีขึ้น</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>

<p>ความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	ทำอะไรผิดพลาด บ่อย ทำงานผิด ไม่เหมือนเดิม จำเพื่อนไม่ได้	ดีขึ้นเรื่อยๆ เริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย เครียดน้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือ</p>	6	8

<p>ความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเล็งต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T,</p>	<p>ทำอะไรผิดพลาด บ่อย ทำงานผิด ไม่เหมือนเดิม จำเพื่อนไม่ได้</p>	<p>ดีขึ้นเรื่อยๆ เริ่มทำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย เครียดน้อยลงเพราะเริ่มทำอะไรได้ การนอนหลับดีขึ้น</p>
---	---	--

1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่ อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางด้าน คลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 14 คุณ ช (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัส หน่วยความจำ	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของ การพักผ่อน	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
3) ด้านสติปัญญา (การ นอนหลับง่าย)	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
4) ด้านระยะเวลา นานมาก ในการนอนหลับ	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
5) ด้านช่วยลดความเครียด	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้า และความก้าวร้าว	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
7) ด้านเพิ่มอัตราความทรง จำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่ม การเก็บรักษารายละเอียด และข้อเท็จจริง	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
8) ด้านการปรับปรุงการ ประมวลผลทางจิต	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น
9) ด้านความสามารถใน การใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิด	-	-

สร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน		
----------------------------------	--	--

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
4) ด้านท้องร่วง	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้	เหมือนเดิม – เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
1.1 มิติการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำงานประจำวัน		

<p>แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะไกล ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>-</p>	<p>ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>-</p>
<p>1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>

<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และ ยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	-	-
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น
<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น	คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การ</p>	ไม่สามารถวัดได้	ไม่สามารถวัดได้

<p>ประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>		
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>	<p>คงที่ ไม่แย่ลง ไม่ดีขึ้น</p>
<p>1.10 ความพึงพอใจโดยรวม (Overall</p>		

<p>Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมิน โดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระบุระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพ โดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่มากแต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่มาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพใน</p>	<p>7</p> <p>ความจำคงที่ ไม่แย่มาก ปกติจำได้อยู่แล้ว แต่ระยะสั้นๆ จำไม่ได้ ไปหาหมอ หมอพูดอะไรออกมา จำไม่ได้แล้ว หน้าตาหมอยังจำไม่ได้ จำที่ตัวเองพูดไปแล้ว ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ หงุดหงิดง่าย จำกลับไปกลับมา ทำอะไรได้เหมือนเดิม แต่ที่รักษาเพราะกลัวเป็นมากกว่าเดิม สุขภาพโดยรวมคืออยู่แล้ว ชอบเล่น</p>	<p>7</p> <p>ความจำคงที่ ไม่แย่มาก ปกติจำได้อยู่แล้ว แต่ระยะสั้นๆ จำไม่ได้ ไปหาหมอ หมอพูดอะไรออกมาจำไม่ได้แล้ว หน้าตาหมอยังจำไม่ได้ จำที่ตัวเองพูดไปแล้วไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ หงุดหงิดง่าย จำกลับไปกลับมา ทำอะไรได้เหมือนเดิม แต่ที่รักษาเพราะกลัวเป็นมากกว่าเดิม สุขภาพโดยรวมคืออยู่แล้ว ชอบเล่น</p>
--	--	--

มุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่ อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย		
ปัญหา	-	
ข้อเสนอแนะ	-	

ผู้ให้ข้อมูลบุคคลที่ 15 นาย ส (นามสมมุติ)

- การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ- Galantaminemine	หลังได้รับ- Galantaminemine
1) ด้านโฟกัสหน่วยความจำ	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การขึ้นลงบันไดเลื่อน สับสนเวลา การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มช้า	ช่วยให้มีแรงมากขึ้น เริ่มทำนู่นทำนี่
2) ด้านสร้างความรู้สึกรักของการพักผ่อน	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
3) ด้านสติปัญญา (การนอนหลับง่าย)	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
4) ด้านระยะเวลา นานมากในการนอนหลับ	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
5) ด้านช่วยลดความเครียด	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว	ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง
6) ด้านลดภาวะซึมเศร้าและความก้าวร้าว	ก่อนรับยามีอาการซึม หม่อมไม่ค่อยทำอะไร ทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวัน ไม่เปลี่ยน เช่น นั่งดูทีวีก็ดูทั้งวัน ไม่ลุกไปไหน	ไม่ค่อยซึม เริ่มทำนู่นทำนี่ได้

7) ด้านเพิ่มอัตราความทรงจำที่จะเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการเก็บรักษารายละเอียดและข้อเท็จจริง	ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การขึ้นลงบันไดเลื่อน สับสนเวลา การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มช้า	ช่วยให้มีแรงมากขึ้น เริ่มทำนุ่นทำนี่
8) ด้านการปรับปรุงการประมวลผลทางจิต	ก่อนรับยามีอาการซึม หม่อไม่ค่อยทำอะไร ทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวัน ไม่เปลี่ยน เช่น นั่งดูทีวีก็ดูทั้งวัน ไม่ลุกไปไหน	ไม่ค่อยซึม เริ่มทำนุ่นทำนี่ได้
9) ด้านความสามารถในการใช้เหตุผล	-	-
10) ด้านความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน	-	-

- ผลกระทบและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ ก่อนและหลังได้รับยา Galantaminemine

ประเด็น/เรื่องที่สัมภาษณ์	บันทึกข้อมูลสนาม (field note)	
	ก่อนได้รับ-Galantaminemine	หลังได้รับ-Galantaminemine
1. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ซึ่งยา Galantamine ประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้		
1) ด้านปวดศีรษะ	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
2) ด้านคลื่นไส้	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้
3) ด้านวิงเวียน	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้

4) ด้านท้องร่วง	ไม่มีปัญหาด้านนี้	ไม่มีปัญหาด้านนี้ – พบการถ่ายบ่อย แต่ไม่ใช่ท้องเสีย
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน		
<p>1.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร</p> <p>ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ</p> <p>ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ช้าบ้าง</p> <p>-</p>	<p>ดูแลตนเองได้ ทำกิจกรรมประจำวันได้</p> <p>ดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ช้าบ้าง</p> <p>-</p>
1.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึงสภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ	ก่อนรับยามีอาการซึมหม่อม ไม่ค่อยทำอะไรทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวัน ไม่เปลี่ยน เช่น นั่งดูทีวีก็ดูทั้งวัน ไม่ลุกไปไหน	ไม่ค่อยซึม เริ่มทำนู่นทำนี่ได้

<p>ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และ ความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ</p>		
<p>1.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์</p>	<p>ก่อนรับยาไม่ถึงขั้นจำใครไม่ได้เลยแต่เริ่มสับสนเรื่องทั่วไป พูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวันไม่เปลี่ยน</p>	<p>ชอบชวนคุยมากขึ้น</p>
<p>1.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ</p>	<p>ก่อนรับยาเริ่มสับสนเรื่องทั่วไป เช่น การขึ้นลงบันไดเลื่อน สับสนเวลา การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เริ่มซ้ำ</p>	<p>ช่วยให้มีแรงมากขึ้น เริ่มทำนู่นทำนี่</p>

<p>1.6 มิติการนอน (Sleep) หมายถึงความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอน ตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง</p>	<p>ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว</p>	<p>ปกตินอนหลับดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความต่าง</p>
<p>1.7 มิติการปวด (Pain) หมายถึงมิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็มีความเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้</p>
<p>1.8 มิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>	<p>ไม่สามารถวัดได้ เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว</p>
<p>1.9 มิติทางด้านจิตวิญญาณ</p>	<p>ก่อนรับยาเริ่มสับสน</p>	<p>มีการชวนคุยมากขึ้น</p>

<p>(Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ใน ขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)</p>	<p>เรื่องทั่ว ๆ ไป มีอาการซึม หม่อม</p>	<p>เริ่มอยากทำนู่นนี่ และ कुछดีขึ้นขึ้น</p>
<p>1.10 ความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้</p> <p>1) คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต (Overall Quality of Life of Life Satisfaction) มักจะประเมินโดยใช้คำถามเดียว เช่น ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยแค่ไหนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วให้ระดับคุณภาพชีวิตจากสเกล 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึงไม่มีความพึงพอใจเลย และ 10 หมายถึงมีความพึงพอใจอย่างมากที่สุด</p> <p>2) ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประเมินภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะ</p>	<p>5</p> <p>ก่อนรับยาไม่ถึงขั้นจำใครไม่ได้เลย แต่เริ่มสับสนเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น การขึ้นลงบันไดเลื่อน สับสนเวลา การตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ</p>	<p>8</p> <p>ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้คืออยู่ทานข้าว ทานยาเองได้ชอบชวนคุย ไม่ค่อยซึม เริ่มทำนู่นทำนี่</p>

<p>ผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีคามพึงพอใจในสุขภาพ โดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไ่ เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไ่ ตัวเลือกตอบมักเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล จากน้อยไปมากหรือจากมากไปน้อย เช่น แย่ลงมาก แย่ลงเล็กน้อย เหมือนเดิม ดีขึ้นเล็กน้อย ดีขึ้นมาก ฯลฯ ทั้งนี้ ภาวะสุขภาพ ในมุมมองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ((Kaplan GA, Camacho T, 1983), (Mossey JM, Shapiro E, 1982) แต่อาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางด้านคลินิกของผู้ป่วย</p>	<p>เริ่มช้า พุดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ มีอาการซึม เหม่อ ไม่ค่อยทำอะไร ทำอะไรก็จะทำอย่างนั้นทั้งวัน ไม่เปลี่ยน เช่น นั่งดูทีวีก็ดูทั้งวัน ไม่ลุกไปไหน</p>	
<p>ปัญหา</p>	<p>มีข้อถ่วงบ่วงขึ้น</p>	
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>-</p>	

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่อง “เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560” กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560
- 3) เพื่อศึกษาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล (Instrument)
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
4. ข้อมูลและแหล่งข้อมูล (Research Resources)
5. การวิเคราะห์ข้อมูล (Interpretive Method)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชลบุรี โดยใช้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกตัวต่อตัว (in-depth interview) คณะผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ที่ใช้ยา Rivastigmine จำนวน 15 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่ใช้ยา Galantamine จำนวน 15 คน

สรุปผลการวิจัย

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine และยา Galantamine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560

สรุปผลการวิจัยยา Rivastigmine

1. การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ประกอบด้วย 10 ด้าน

ก่อนใช้ ยา Rivastigmine

มีการนอนหลับดี มีสุขภาพจิตดี มีการสับสนด้านความจำบ้าง บางครั้งเห็นภาพหลอน บางครั้งอารมณ์ดี บางครั้งอารมณ์ไม่ค่อยดี บางคนหลับสนิท บางคนพูดน้อย บางคนมีปัญหาหลงๆ ลืมๆ บางคนมีสุขภาพจิตดี บางคนหลับยาก บางคนหลับๆ ตื่นๆ บางครั้งตื่นกลางดึก บางคนเริ่มมีอาการสับสน ทำงานผิดพลาด จำเพื่อนไม่ได้ อารมณ์ร้าย ต้องใช้ยาจิตเวชอื่น ๆ เข้าช่วย เพราะมีความเครียดและอารมณ์รุนแรง ซึมเศร้า หงุดหงิดเหม่อลอย ร้องไห้กับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ

หลังใช้ ยา Rivastigmine

หลับสนิทดี บางครั้งร้องเพลงได้ทั้งวัน สดชื่นขึ้น แต่ยังเห็นภาพหลอนบ้าง หลงลืมน้อยลง ความจำดีขึ้น ถ้ากลางวันนอนเยอะกลางคืนก็ตื่นบ่อย ส่วนใหญ่อารมณ์ดีขึ้น หลับดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น ความจำดีขึ้น รู้สึกตัวดีขึ้น หลับง่ายขึ้น หลับนานขึ้น แต่บางครั้งก็ประหม่นยาก เพราะผู้ป่วยพูดน้อย ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น ตอบสนองคำพูดได้ดีขึ้น ชวนคุยมากขึ้น ทำโน่นทำนี่ด้วยความสดชื่นขึ้น และเริ่มอยากทำมากขึ้น ตอบสนองต่อคนในครอบครัวสูงขึ้น แต่บางครั้งต้องใช้ยาจิตเวชอื่น ๆ ช่วย ให้หลับ ไม่ค่อยเครียด อารมณ์ไม่ขึ้นลง ซึมเศร้าลดลง บางครั้งชอบพูดเรื่องเดิม ๆ แต่ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น รายการทีวีจำได้ บางคนหลับคืออยู่แล้วจึงไม่เห็นความแตกต่าง อารมณ์ดีขึ้น ลืมน้อยลง

2. ผลกระทบของยา Rivastigmine ประกอบด้วย 4 ด้าน

ผู้สูงอายุที่เป็น โรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านปวดศีรษะ ด้านคลื่นไส้ ด้านวิงเวียน และด้านท้องร่วง ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine แต่มีปัญหาลดเล็กน้อยคือ หลังจากได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine มีอาเจียนบ้างตอนกลางคืนหรือบางครั้งในช่วงเช้า ถ่ายบ่อยแต่ไม่ท้องเสีย อาการคลื่นไส้พบช่วงแรกของการทานยา Rivastigmine และมีการวิงเวียน บ้าง

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน

1) ด้านร่างกาย

ดูแลตัวเองได้บางคน เดินได้ในระยะใกล้ ๆ บางคนดูแลตัวเองไม่ได้เลย ต้องมีผู้ดูแล บางคนทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ช้าลง บางคนก็ทำผิดพลาด บางคนทานข้าว อาบน้ำได้ บางกิจกรรมก็ทำไม่ได้ บางคนทำอะไรไม่ได้เลย และบางคนนอนติดเตียงอย่างเดียว

2) ด้านจิตใจ

บางคนสภาพจิตใจ แล้วแต่อารมณ์ บางคนไม่ชอบพูด จึงไม่สามารถประเมินได้ บางคนทำอะไรไม่ค่อยได้จึงพูดบ่อย บางคนก่อนใช้ยามีอารมณ์ 2 ชั่วโมง บางคนซึมเศร้า เหม่อ ดูทีวีทั้งวัน บางคนลืมเพื่อนจำไม่ได้ บางคนมีอารมณ์ร้าย บางคนเครียด หงุดหงิด ไม่แจ่มใส

3) ด้านสังคม

บางคนจำญาติไม่ได้ พูดน้อยลง บางคนสับสนเรื่องทั่วไป บางคนจำได้ว่าลูก แต่จำชื่อไม่ได้ จำเหตุการณ์ใหม่ ๆ ไม่ค่อยได้

4) ด้านเพศ

-วัดไม่ได้-

5) ด้านจิตประสาท

สับสน เห็นภาพหลอน บางคนจำได้ บางคนหลงลืม

6) การนอน

มีตื่นกลางคืนบ้าง บางคนก็หลับดี มีปัญหาการนอนหลับยาก บางคนหลับง่าย บางคนหลับ ๆ ตื่น ๆ

7) การปวด

-วัดไม่ได้-

8) ด้านผลิตภาพ

ลืมทิศทาง ลืมสิ่งของ ทำงานผิดพลาด

9) ด้านจิตวิญญาณ

ลืม หงุดหงิด ไม่แจ่มใส เหม่อลอย เศร้า ร้องไห้กับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึม เงียบ มีภาวะเครียด

10) ความผาสุกโดยรวม

แรก ๆ จำอะไรไม่ได้เลย รู้ว่าใครคือใครแต่จำชื่อไม่ได้ แต่กิจกรรมต่าง ๆ ยังทำได้เป็นปกติ อาบน้ำ ทานข้าวเองได้ แอ้อาจเขื่องช้า และพอทำไปแล้วก็จะลืมว่าทำอะไรไปบ้าง มีอารมณ์รุนแรง เป็น 2 ชั้น เดี่ยวอารมณ์ดีเดี่ยวอารมณ์ร้าย

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ประกอบด้วย 10 ด้าน

1) ด้านร่างกาย

สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น เช่น อาบน้ำ ทานข้าวได้ ทำงานได้ดีขึ้น โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ลดลง เดินระยะไกล ๆ ได้ ยกเว้นผู้ป่วยติดเตียง

2) ด้านจิตใจ

สดชื่นดีขึ้น ชอบร้องเพลง บางคนซึมเศร้าบางเวลา คิดถึงลูกหลาน สุขภาพจิตดี แต่ไม่สดชื่นมากนักเป็นบางคน บางคนยิ้มแย้มมากขึ้น ชวนคุยมากขึ้น หลังทานยาควบคุมตนเองได้ อารมณ์รุนแรงลดลง ไม่ค่อยซึมเศร้า เริ่มทำโน่นทำนี่ได้ ความจำดีขึ้น ใช้ชีวิตดีขึ้น บางคนอารมณ์ร้ายก็ยังมีอยู่ ความเครียดลดลง อารมณ์ดีขึ้น

3) ด้านสังคม

ทานยาให้อาการดีขึ้น บางครั้งก็ไม่ได้ช่วยมากนัก แต่ดีกว่าไม่ทาน ชวนคุยมากขึ้น หลังทานยาก่อน ๆ จำชื่อลูกได้ และคุยมากขึ้น แต่มีความจำดีกว่าก่อน ใช้จ่าย และโต้ตอบมากขึ้น ลืมน้อยลง

4) ด้านเพศ

-วัดไม่ได้-

5) ด้านจิตประสาท

สับสน เห็นภาพหลอน ยิ้มแย้ม จำได้ หลงลืมลดลง ดีขึ้นกว่าก่อน ใช้จ่าย

6) การนอน

หลับสนิท บางคนก็ตื่นกลางคืน เพราะกลางวันหลับมาก บางคนหลับปกติ ทานยาแล้วก็หลับง่าย หลังทานยาหลับง่ายขึ้น หลับมากขึ้น บางคนบอกว่าไม่ช่วยให้หลับง่ายต้อง ใช้จ่ายทางจิตเวชอื่น ๆ เข้าช่วย บางคนบอกว่าทานแล้วง่วงบ่อย หลับง่ายขึ้น

7) การปวด

-วัดไม่ได้-

8) ด้านผลผลิตภาพ

สัมฤทธิ์ทาง สัมผัสของ ทำงาน ได้ดีขึ้น

9) ด้านจิตวิญญาณ

อารมณ์ดีขึ้น สัมผัสน้อยลง ซึมเศร้าน้อยลง เครียดน้อยลง พุดคุยได้ดีขึ้น พยายามโต้ตอบ จำดีขึ้น คุณสดชื่นขึ้น ควบคุมอารมณ์ได้ดี ยิ้มแย้ม ญาติผู้ป่วยที่คิดเพียงบอกว่าการนอนหลับดีขึ้น ความจำดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา กำลังใจดีขึ้น

10) ความผาสุกโดยรวม

ความจำดีขึ้นกว่าก่อนใช้ยา โดยใช้มาประมาณ 4 เดือนแล้ว สดชื่นดี ดูหนังฟังเพลงได้ เรื่องที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ จะจำไม่ได้ เริ่มจำคนในครอบครัวได้ แต่ก็ต้องใช้เวลานี้กนาน ปัจจุบันจำบ้านได้ อารมณ์ไม่รุนแรงเหมือนก่อนทานยา และควบคุมตนเองได้

สรุปผลการวิจัยยา Galantamine

1. การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของจิต ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine

ก่อนใช้ยา Galantamine

ไม่ค่อยพูด เจ็บๆจึงไม่ค่อยได้คำตอบ สับสน ปกตินอนหลับคืออยู่แล้ว ความจำสั้นลง ซึมๆ ไม่กระปรี้กระเปร่า จำคนไม่ได้ ผู้ป่วยไม่มีลักษณะแปรปรวนหรือซึมเศร้า ทำงานผิดพลาด ไม่เหมือนเดิม หากไม่ได้ทานยาจะซึมบางครั้ง บางคนก็คงที่ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น หงุดหงิดบ่อย เกรี้ยวกราด จี๋ โมโห

หลังการใช้ยา Galantamine

หลับดีขึ้น เจ็บๆ มีแรงมากขึ้น ไม่ค่อยซึม หลับดีอาจจะเพราะกินยานอนหลับร่วม ทานยาและไม่ฟุ้งซ่าน ไม่อารมณ์เสียหรือคันข้าวของ หมอสั่งเพิ่มปริมาณยา 8 mg เป็น 16 mg ดีขึ้นเรื่อยๆดีขึ้นมาก เครียดน้อยลง เริ่มจำอะไรได้ จำได้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย หลังทานยาพุดคุยกับคนในครอบครัวและผู้ดูแลได้ หลังทานยาอารมณ์ดี ยิ้มแย้มพุดคุย แต่ถ้ายาหมดฤทธิ์ก็จะซึม คงที่ไม่แย่ง ไม่ดีขึ้น หงุดหงิดลดลง มีความสุข ยิ้มแย้ม อาการเกรี้ยวกราด จี๋โมโหง่ายลดลง คุณดีมีความสุขมากขึ้น หลับง่ายขึ้นอีกทีตอนเช้า ความจำดีขึ้นเล็กน้อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรค อัลไซเมอร์ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยผลกระทบ 4 ด้าน คือ ด้านปวดศีรษะ

ด้านคลื่นไส้ ด้านวิงเวียน ด้านท้องร่วง ผลปรากฏว่า ทั้งก่อนได้รับยาและหลังได้รับยา เหมือนเดิม เนื่องจากไม่มีปัญหาในด้านนี้

2. ผลกระทบของยา Galantamine ประกอบด้วย 4 ด้าน

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านปวดศีรษะ ด้านคลื่นไส้ ด้านวิงเวียน และด้านท้องร่วง ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ประกอบด้วยตัวยาละ 10 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย

มีคนดูแลตลอดเวลา ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ช้าลงบางคนก็ช่วยเหลือตัวเองได้ บางคนก็ทำกิจกรรมไม่ได้เลยเพราะป่วยเป็นพาร์กินสันทำกิจวัตรอื่นๆไม่ค่อยได้เพราะอายุมากและเดินไม่ได้ ก่อนทานยาและหลังทานยาไม่แตกต่างกัน การช่วยเหลือตัวเองได้ดีสำหรับคนที่อายุยังไม่เยอะบางคนดูแลตัวเองไม่ได้เลยต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด บางคนใช้ชีวิตประจำวันได้แต่ช้า

2) ด้านจิตใจ

ไม่ค่อยพูดเสียงๆ จึงตอบไม่ได้มีอาการซึมหม่อมลอยทำอะไรก็ทำอย่างนั้นทั้งวัน เช่น นั่งดูทีวีทั้งวัน มีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน ซึมๆไม่กระปรีกระเปร่า อารมณ์แปรปรวนทำอะไรผิดพลาดบ่อยๆ ขอบนอนอย่างเดียวหรือบางครั้งก็เครียดจนเกิดอาการเกร็ง บางคนก็โมโหคำทอบบางคนคงที่ไม่แย้มไม่ดีขึ้น ก้าวร้าวบ้าง

3) ด้านสังคม

ไม่ค่อยพูดเสียงๆ เริ่มสับสนพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ ทำอะไรก็ทำอย่างนั้นทั้งวันมีภาวะเครียด หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน ไม่กระปรีกระเปร่า จำคนไม่ได้จำสิ่งของไม่ได้เริ่มทำอะไรที่ทำไม่ได้เช่น ทำอาหารก็ลืมวิธีทำ มักพูดคนเดียวแต่ไม่เป็นภาษาพูดคุยรู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง หงุดหงิด มีคำมีร้องคงที่ไม่แย้มไม่ดีขึ้น หงุดหงิดบ่อย หลงลืมโต้ตอบเหมือนเดิม ก้าวร้าวบ้าง เสียงๆ

4) ด้านเพศ

ไม่สามารถวัดได้

5) ด้านจิตประสาท

ไม่ค่อยพูดเจิบๆ ตอบไม่ได้ ตัดสินใจเรื่องต่างๆช้า สับสน หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน ซึมๆไม่กระปรี้กระเปร่า ทำอะไรผิดพลาดบ่อยๆพูดคุยไม่เป็นภาษาหงุดหงิดมีร้องไห้ คงที่ แยกแยะมีหลงลืม ไม่มีความคิดอะไรเพิ่มเติม เหตุการณ์ปัจจุบันจำไม่ค่อยได้แต่เหตุการณ์ในอดีตจำได้แม่นย้ำพูดเรื่องอดีตซ้ำๆ

6) การนอน

ปกติหลับดีอยู่แล้ว ไม่ค่อยช่วย ผู้ป่วยต้องทานยานอนหลับทุกคืนแต่บางคืนก็หลับๆตื่นๆ ปกติหลับง่ายอยู่แล้ว ตื่นเร็วกว่าปกติเป็นบางครั้ง หลับยาก หลับ 10 -12 ชมแต่บางทีก็ไม่นอน 2- 3 วัน ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด มีคำมีร้องไห้ บางคนก็คงที่ไม่แย่งไม่ดิ้น มีตื่นบ่อยบ้างแต่ไม่มาก หลับๆตื่นๆ

7) การปวด

ไม่สามารถวัดได้

8) ด้านผลิตภาพ

หลงลืมบ้าง ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานมานานแล้ว

9) ด้านจิตวิญญาณ

เจิบๆไม่ค่อยพูดเจิบ มีอาการซึม เหม่อลอย หงุดหงิดฟุ้งซ่าน เดินไปเดินมาและเรื่องของมีอารมณ์แปรปรวนทำอะไรผิดพลาดบ่อยไม่เหมือนเดิมบางครั้งเครียดมีก้าวร้าว

10) ความผาสุกโดยรวม

ความจำยังเหลืออยู่เช่น ไปกลับห้องน้ำประเมนอะไรไม่ได้เนื่องจากพูดน้อย ช่วยตัวเองไม่ได้ ตัดสินใจเรื่องต่างๆช้าช่วยเหลือตัวเองได้ในเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวันได้พอสมควรหลงลืมหลายเรื่องผู้ป่วยนอนติดเตียงทำให้มีอาการหงุดหงิด มีคำทอและร้องไห้ ความทรงจำคงที่ไม่แย่งแต่หงุดหงิดบ่อยทำอะไรไม่เหมือนเดิม พูดแต่เรื่องอดีต

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ หลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ประกอบด้วยตัวละ 10 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย

ใช้ชีวิตประจำวันได้บ้างแต่มีคนช่วยเหลือ ใช้ชีวิตประจำวันได้ช่วยเหลือตัวเองได้

2) ด้านจิตใจ

อารมณ์ดีขึ้น อารมณ์เกรี้ยวกราดจี้โมโหลดลง มีความสุขมากขึ้นมีความสุข ยิ้มแย้ม หงุดหงิดบ้างแต่ลดลงชอบชวนคุยอารมณ์ดี พูดเก่ง กินยาและถือว่าโอเคเครียดน้อยลงจำอะไรได้ หลังทานยาช่วยลดความเครียดความฟุ้งซ่าน

3) ด้านสังคม

อารมณ์ดีขึ้นอารมณ์เรื้อกราดจี้โมโหลดลง มีความสุขมากขึ้นหงุดหงิดบ้างแต่ลดลง อารมณ์ดีพูดเก่ง ชอบชมคนอื่นดีขึ้นเรื่อยๆจำอะไรได้ดีขึ้น

4) ด้านเพศ

ไม่สามารถวัดได้

5) ด้านจิตประสาท

เหมือนเดิมดีขึ้นเรื่อยๆ

6) การนอน

หลับง่ายขึ้นยาวขึ้น แต่ยังตื่นบ้างหลับง่ายตื่นอีกทีตอนเช้า หลับง่ายตื่นปกติ นอนยากต้อง ใช้นานอนหลับช่วยอารมณ์ดีพูดเก่ง หลับได้ 10 -12 ชมแต่บางทีก็ไม่หลับ 2-3 วัน

7) การปวด

ไม่สามารถวัดได้

8) ด้านผลติภาพ

ไม่สามารถวัดได้

9) ด้านจิตวิญญาณ

มีความสุขมากขึ้นมีความสุขยิ้มแย้มอารมณ์ดีพูดเก่งหมดฤทธิ์ยาที่จะซึม แต่ดีขึ้นเรื่อยๆ

10) ความผาสุกโดยรวม

ช่วยให้การตื่นนอนบ่อยลดลง อารมณ์ก้าวร้าวลดลง นอนหลับดี ตื่นอีกทีตอนเช้า ดีขึ้นในการนอนหลับ และอารมณ์สดชื่น ยิ้มแย้มมากขึ้น ทานยาหยุดหงิดน้อยลงดีขึ้นเรื่อยๆ

ภาพรวมผลการวิจัยพบว่า ยา Rivastigmine มีผลช่วยด้านการนอนหลับและสุขภาวะทางอารมณ์ ความใส่ใจ ความจำ ลดความเครียดหรืออารมณ์ซึมเศร้าอาจจะได้ดีกว่าผลที่พบในตัวยา Galantamine แต่ยา Rivastigmin มักพบปัญหา คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายท้องบ่อยจากการใช้ยา หรือปัญหาการดึงแผ่นแปะโดยตัวผู้ป่วย ในขณะที่ ยา Galantamine แทบไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นการรับประทานยาทั้ง 2 ตัวดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านการทำงานของจิตประสาท การนอนหลับ ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้อายุยาวนานขึ้นถึงประมาณ 14 ปีเป็นอย่างมาก

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มักพบความบกพร่องในด้านความจำ ภาษา ทักษะ ความรู้สึก ความใส่ใจ ทักษะการตีความ การรู้กาลเทศะและบุคคล การแก้ปัญหา และความสามารถในการทำหน้าที่ความเครียด ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้ยากลำบากขึ้น การได้รับยาทั้ง Rivastigmine และ Galantamine จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ดีขึ้นเช่น ชะลอตัวของการสูญเสียความทรงจำ ปรับปรุงการทำงานกับความรู้ความเข้าใจ ช่วยให้คนที่ทุกข์ทนทรมาณนอนไม่หลับสามารถหลับได้เร็วขึ้นและผลิตเพลินกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของการนอนหลับ ทำให้เพิ่มศักยภาพในการนอนหลับ พร้อมกันนี้ควรมีกิจกรรมที่ใช้ทักษะทางปัญญาเช่น อ่านหนังสือ เล่นหมากระดาน เล่นดนตรี ตามที่ ชูติมาทองวชิระ (บทคัดย่อ: 2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาล โดยใช้ดนตรีร่วมกับ

การจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดสองแนวคิดได้แก่ แนวคิดในการใช้ดนตรีบำบัดของ Gardner (1997) และแนวคิดในการจัดการสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะของสมองเสื่อมของ Hall (1988) พบว่า พฤติกรรมกระวนกระวายเริ่มลดลงตั้งแต่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดดังกล่าว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผสมผสานกับการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารครบทุกหมู่ การบำบัดและดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะบทบาทของผู้ดูแลซึ่งมักจะเป็นญาติหรือคู่สมรสอาจจะช่วยลดความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์ได้ การพูดได้หลายภาษาก็อาจจะชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้เนื่องจากต้องใช้ความจำ ความคิด ความอ่าน ผสมผสานกัน นอกจากนี้ควรปรับเปรียบสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและวิถีชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้นและช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การเอาใจใส่ดูแลเรื่อง การรับประทานอาหารอย่างตรงเวลาคือ สิ่งที่สำคัญในการชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์พร้อมกันนี้การดูแลที่ใกล้ชิดและอบอุ่นจะเป็นการเพิ่มความสุขและสภาวะอารมณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วยพร้อมทั้งปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่สร้างความสดชื่นเบิกบานให้กับผู้ป่วย บางครั้งควรนำผู้ป่วยออกไปเที่ยวนอกสถานที่เพื่อสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้ป่วยเป็นครั้งคราว การรับประทานอาหารพวกผักและผลไม้ ข้าวสาลี ธัญพืช ปลา และไวน์ สามารถลดช่วงเวลาการเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการรับประทานอาหารตัวอื่นๆที่เกี่ยวกับข้อกระดูก ความดันโลหิต ในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป เพื่อพัฒนาการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น พร้อมทั้งควรศึกษาการทำกิจกรรม หรือรับประทานสิ่งอื่นแทนยา เพื่อเป็นทางเลือกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพรรณ กรรณสูต. (2551) **ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำจักรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก.** สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรณิกา ปิงแก้ว. (2557). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก.** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 (พิมพ์ครั้งที่ 2).** กรุงเทพฯ : เจ.เอส.การพิมพ์.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา. (2534). **ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข.** กรุงเทพฯ : วุฒิสภา.
- จินตนา สัตยาศัย. (2555). **เภสัชวิทยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง.** (พิมพ์ครั้งที่ 4) ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร เกศพิชญ และคณะ. (2543). **ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ.** วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- นัตราภรณ์ สวัสดิ์ภานนท์. (2558). **การเปรียบเทียบผลของน้ำมะละกอสุกที่มีต่อการปกป้องระบบประสาทของแบบจำลองการเกิดโรคสมองเสื่อมระยะแรกในสัตว์ทดลอง.** วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนมวีรินทร์ ใจเอื้อ. (2552). **สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมในคลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุติมา ทองวชิระ. (2553). **ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ. (2557). **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทักษิณี ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นรินทร์ วังยาว. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบความจำของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดในสมอง และผู้สูงอายุที่มีความจำปกติ โดยใช้แบบทดสอบเวกสเลอร์ เมมมอรี สเกล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (WMS-III). วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิกและชุมชน) มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นิตติยา น้อยสีภูมิ. (2553). การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ : การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณฐากุม. (2544). การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณี จันทรอินทร์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชญ์พีไล ไชยวงษ์. (2558). ผลของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้านความคิดความเข้าใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณช จันทรศร. (2551). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2543). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. ไทยเภสัชสาร 2543; 24: 92-111.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. (พิมพ์ครั้งที่ 3) สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เศรษฐ์ ประเสริฐ โส. (2014). การศึกษาเปรียบเทียบระดับสังกะสีในพลาสมาของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- สุปราณี สมบูรณ์. (2548). ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุภจิตร ตีร์กุล. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโรงพยาบาลวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภากค์ จันทวานิช. (2548). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ. (2557). เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็น ทิศทางของแผนฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). (ดาวโหลดจากเว็บไซต์ <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=535>)
- อภิญา บุญเพ็ง. (2557). ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American Academy of Nursing. (1976). **Long-term care in perspective : Past, present, and future directions for nursing**. Kansas City : American Nurses Association.
- Arkaravichien T, Sattayasai N, Daduang S, Sattayasai J. Dose-dependent effects of glutamate in pyridoxine-induced neuropathy. *Food Chem Tox* 2003; 41: 1375-80.
- Barton A, Boyd A, Chavez A, Manley HJ. Health-related quality of life is maintained in hemodialysis patients receiving pharmaceutical care : A 2-year randomized, controlled study. *Hemodialysis International* 2009; 13 : 72-79.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile : development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 1981; 19 : 787-805.
- Bloom FE. Neurotransmission and the central nervous system. In: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, eds. *Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutic* 11th ed. New York; McGraw-Hill 2006: 317-39.

- Bonnetain F, Paoletti X, Collette S, Doffoel M, Bouche O, Raoul JL, et al. Quality of life as a prognostic factor of overall survival in patients with advanced hepatocellular carcinoma : results from two French clinical trials. *Quality of Life Research* 2008; 17 : 831-843.
- Bradley PB. Introduction to neuropharmacology. London; Wright 1989L 127-74.
- Bungay KM, Boyer JG, Steinwald AB, Ware JE. Health-related quality of life : An overview. In : Bootman JL, Townsend RJ, McGhan, WF. Principle of pharmacoeconomics. 2nd ed. Cincinnati (OH): Wharvey Whitney Books Company, 1996 : pp.128-148.
- Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. Pittsburgh sleep Quality Index : a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28 : 193-213.
- Campbell A, Converse P, Rogers WL. The quality of American life : Perceptions, Evaluations and Satisfactions. New York : Russell Sage, 1976.
- Carvey PM. Drug action in the central nervous system. New York; Oxford University Press 1998: 1-46.
- Christiansen, J.L. and Grzybowski, J.m. (1993). **Biology of Aging**. Mosby : St. Louis.
- Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire : a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Paliative Medicine* 1995; 9 : 207-219.
- Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics* 2000; 17 : 13-35.
- Cramer J, Spiker B. Quality of life and pharmacoeconomics : An introduction. Philadelphia : Lippincott-Raven, 1998.
- de Bruin AF, Buys M, deWitte LP, Diederiks JPM. The Sickness Impact Profile : SIP68, a short generic version, first evaluation of the reliability and reproducibility. *Journal of Clinical Epidemiology* 1994; 47 : 863-871.
- Detmar SB, Muller MJ, Schnagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality of life assessments and patientphysician communication : A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288 : 3027-3034.

- Dombeck M, Karl J. Spiritual issues in mental health care. *Journal of Religion & Health* 1987; 26 : 183-197.
- Drummond, ME, Sculpher MJ, Torrance Gw, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. New York : Oxford University Press, 2005.
- Dubovicky M, Tokarev D, Skultetyova I, Jezova D. Changes of exploratory behavior and its habituation in rats neonatally treated with monosodium glutamate. *Pharmacol Biochem Behav* 1997; 565-9.
- Food and Drug Administration. Guidance for industry. Patient reported outcome measures : Use in medical product development to support labeling claims. 2006 [Accessed 17 March 2008]. Available from <http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/06d-0044-gdl0001.pdf>.
- Fung CH, Hays RD. Prospects and challenges in using patient reported outcomes in clinical practice. *Quality of Life Research* 2008; 17 : 1297-1302.
- Gold MR, Russell LB, Siegel JE, Weinstein MC. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York : Oxford University Press, 1996.
- Gotay CC, Moore TD. Assessing quality of life measures in head and neck cancer. *Quality of Life Research* 1992; 1 : 5-17.
- Groog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *New England Journal of Medicine* 1986; 314(26) : 1657-1664.
- Gardner (1997) Gardner Responds. Show all authors. Howard Gardner · Howard Gardner. Harvard ... First Published February 1, 1997 Research Article. <https://doi.org/10.1177/> ...
- Haywood KL, Garratt AM, Carrivick S, Mangnall J, Skevington SM. Continence specialists use of quality of life information in routine practice : a national survey of practitioners. *Quality of Life Research* 2009; 18 : 423-433.
- Hunt SM, McKenna SP, McEwen JA. A quantitative approach to perceived health status : A validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1980; 34 : 281-285.
- Hall, G. R. (1988). Behavior assessment for low stimuluscare plan. Unpublishedmanuscript, University of Iowa city.

- Kahn RL, Goldfarb AI, Pollack M, Peck A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry* 1960; 117: 326-328.
- Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality : a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology* 1983; 117 : 292-304.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medical Association* 1963; 185 : 914-919.
- Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical and humanistic outcomes : a planning model for pharmacoeconomic research. *Clinical Therapeutics* 1993; 15 : 1121-1132.
- Lattmann E, Sattayasai J, Billington DC, Poyner DR, Paupairoj P, Tiamkao S, Airarat W, Singh H, offel M. Synthesis and evaluation of N1-sybstutyted-3-oriotk-1, 4-benzodiazepine-2-ibes as cholecystokinin (CCK2) receptor ligands. *J Pharm Pharmacol* 2002; 54: 827-34.
- Lattmann E, Sattayasai J, Boonprakob Y, Lattmann P, Singh H. Synthesis and evaluation of N-(5-methyl-3-oxo-1, 2-diphenyl-2, 3-dihydro-1H-pyrazol-4-yl)-N'-phenylureas as cholecystokinin antagonists. *Drug Res* 2005; 55: 251-8.
- Leonard BE. *Fundamentals of psychopharmacology* 2nd ed. Chichester; John Wiley & Sons 1997: 1-69.
- Maciejewaki ML, Generic Measures. In : Kane RL. *Understanding health outcomes research*. 2nd ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett, 2006.
- Mahatnirunkul S, Tuntipivanakul W, Pumpisanchai W. et al. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of Mental Health* 1998; 5 : 4-15. (In Thai).
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation : The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-65.
- McClymont, M.E., Thomas, S.E. and Denham, M.J. (1991). **Health Visiting and Elderly people : a health promotion challenge**, Edinburgh : Churchill Livingstone.
- McHorney CA. Health status assessment methods for adults; Past accomplishments and future challenges. *Annual Review of Public Health* 1999; 20 : 309-335.
- Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health : a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1982; 72 : 800-808.

- Naughton MJ, Shumaker SA. Assessment of health-related quality of life. In : Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. *Fundamentals of clinical trials*, 1998.
- Needham, J.F. (1993). **Gerontological Nursing : A Restorative Approach**. New York : Delmar Publishers Inc.
- Olofson J, Dellborg C, Sullivan M, Midgren B, Caro O, Bergman B. Quality of life and palliation predict survival in patients with chronic alveolar hypoventilation and nocturnal ventilator support. *Quality of Life Research* 2009; 18 : 273-280.
- Park SH, Cho MS, Kim YS, Hong J, Nam E, Park J, et al. self-reported health-related quality of life predicts survival for patients with advanced gastric cancer treated with first line chemotherapy. *Quality of Life Research* 2008; 17 : 207-214.
- Phungrassami T, Katikarn R, Watanaarepornchai S. et al. Quality of life assessment in radiotherapy patients by WHOQOL-BREF-THAI : A feasibility study. *Journal of Medical Association of Thailand* 2004; 87 : 1459-1465.
- Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. *Pharmacology* 5th ed. Edinburg; Churchill Livingstone 2003: 455-89.
- Reif-LehrerL. Adverse reactions in humans thought to be related to ingestion of elevated levels of free monosodium glutamate (MSG). In: Fuxe K, Roberts in brain function and pathology. *Trends Pharmacol Sci* 1993; 14: 13-20.
- Sakthong P, Schommer JC, Gross CR, Prasithsirkul W, Sakulbumrungsil R. Health utilities in patients with HIV/AIDS in Thailand. *Value in Health* 2009, 12 : 377-384.
- Sakthong P, Schomer JC, Gross CR, Sakulbumrungsil R, Prasithsirkul W. Psychometric Properties of WHOQOL-BREF-THAI in Patients with HIV/AIDS. *Journal of Medical Association of Thailand* 2007: 90 : 2449-2460.
- Sakthong P. The cost-effectiveness of ACE-Inhibitor treatment of nephropathy in type 2 diabetic patients. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences* 2001; 25(1-2) : 1-13.
- Sattayasai J. Drugs and brain plasticity. *Thai J Pharm Sci* 2004; 28 (Suppl): 132-42.
- Sattayasai J, Ehrlich D. Folic acid protects chick retinal neurons against the neurotoxic action of excitatory amino acids. *Exp Eye* 1987; 44: 523-35.

- Sattayasai J, Ehrlich D. Morphology of quisqualate-induced neurotoxicity in the chicken retina. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1987; 28: 106-17.
- Sattayasai J. Neuroplasticity and psychotropic drugs. *Thai J Pharmacol* 2004; 26 (Suppl): 18-36.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine* 1991; 32: 705-714.
- Taboonpong S, Suttharangsee W, Chailangka P. Evaluation psychometric properties of WHO quality of life questionnaire in Thai elderly. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2001; 2 : 6-12. (In Thai).
- VandeCreek L, Nye C. Testing the Death Transcendence Scale. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1993; 32 : 279-283.
- Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improve communication and patient well-being : A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22 : 714-724.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Description and Acceptability. *Medical Care* 1993; 31 : 873-883.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: I. Description and Acceptability. *Medical Care* 1996; 34 : 220-233.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection, *Medical Care* 1992; 30 : 473-483.
- Warner SC, Williams JI. The Meaning in Life Scale: Determining the reliability and validity of a measure. *Journal of Chronin Disease*. 1987; 40 : 503-512.
- Wasson J, Hays R, Rubenstein L, Nelson E, Leaning L, Johnson D, et al. The short-term effect of patient health status assessment in a health maintenance organization. *Quality of Life Research* 1992; 1 : 99-106.
- Wasson JH, Stukel TA, Weiss JE, Hays RD, Jette AM, Nelson EC. A randomized trial of the use of patient self-assessment data to improve community practices. *Effective Clinical Practice* 1999; 2 : 1-10.
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine* 1998; 28 : 551-558.
- WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In : Orley J, Kuyken W, Editors. *Quality of life assessment : International perspectives*. Berlin : Springer-Verlag, 1994.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science Medicine* 1998; 46 : 1569-1585.

World Health Organization. Basic documents : World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1948.

สืบค้นใน

<http://www.drmanage.com>, 28 กุมภาพันธ์ 2559

<http://nootropicsreview.org/th/galantamine-side-effects/>

<https://en.wikipedia.org/wiki/Galantamine> [2016,Oct8]

<http://www.mims.com/thailand/drug/info/galantamine/?type=brief&mtype=generic> [2016,Oct8]

<https://www.drugs.com/cdi/galantamine.html> [2016,Oct8]

https://www.drugs.com/drug-interactions/galantamine-index.html?filter=3&generic_only= [2016,Oct8]

<http://haamor.com/th>, 1 พฤษภาคม 2560

<http://nootropicsreview.org/th/galantamine-supplement/>, 1 พฤษภาคม 2560

<http://www.bangkokhealth.com/health/article>, 4 พฤษภาคม 2560

<https://www.drugs.com/pro/rivastigmine.html> [2016,Dec31]

<https://en.wikipedia.org/wiki/Rivastigmine> [2016,Dec31]

<http://www.mims.com/thailand/drug/info/rivastigmine/?type=brief&mtype=generic> [2016,Dec31]

<http://www.mims.com/thailand/drug/info/rivasta/?type=brief> [2016,Dec31]

<http://www.mims.com/thailand/drug/info/exelon%20patch/?type=brief> [2016,Dec31]

<http://www.pobpad.com>

<http://haamor.com/th/%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%99/>

<https://en.wikipedia.org/wiki/Galantamine> [2016,Oct8]

<http://www.mims.com/thailand/drug/info/galantamine/?type=brief&mtype=generic> [2016,Oct8]

<https://www.drugs.com/cdi/galantamine.html> [2016,Oct8]

https://www.drugs.com/drug-interactions/galantamine-index.html?filter=3&generic_only=[2016,Oct8]

ภาคผนวก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

9) ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับความสามารถในการใช้เหตุผล เกิดภาวะสับสนและสูญเสียการรับรู้ด้านสถานที่ เวลา และบุคคล เช่นหลงทาง หรือเดินไปเรื่อยเปลี่ยนโดยไม่รู้วันเวลา

ก่อนรับประทานยา	หลังรับประทานยา
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10) ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับความคิดสร้างสรรค์และสติปัญญาขั้นพื้นฐาน ค่อยๆสูญเสียความสามารถในการพูดไปทีละน้อยจนไม่สามารถสื่อสารได้ มีปัญหาด้านความทรงจำในระยะสั้นและระยะยาวอย่างร้ายแรง

ก่อนรับประทานยา	หลังรับประทานยา
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ผลกระทบของยา Rivastigmine ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านปวดศีรษะ

ก่อนรับประทานยา	หลังรับประทานยา
.....
.....
.....
.....
.....

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ประกอบด้วย 10 ด้าน

1.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ้ำย การรับประทานอาหาร

.....
.....
.....
.....

ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ

.....
.....
.....
.....

ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก

.....
.....
.....
.....

1.2 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ

.....
.....
.....
.....

1.3 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดี แต่โรครักก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.4 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึงความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง (หากท่านไม่สะดวกตอบคำถามข้อนี้ก็ให้ข้ามไปตอบคำถามข้อถัดไป)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.5 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....
.....

1.6 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิตินอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับ เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง

.....
.....
.....
.....
.....

1.7 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิตินอนปวด (Pain) หมายถึง มิตินี้เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิตินอนทำหน้าทีทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

.....
.....
.....
.....
.....

1.8 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิตินี้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ

.....
.....
.....
.....
.....

1.9 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิตินี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบ

ความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) (หากท่านไม่สบายใจในการตอบก็ไม่ต้องตอบ)

.....
.....
.....
.....
.....

1.10 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน ดังนี้

ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Rivastigmine ประกอบด้วย 10 ด้าน

1.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ้ำย การรับประทานอาหาร

.....

.....

.....

.....

ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ

.....

.....

.....

.....

ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก

.....

.....

.....

.....

1.2 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ

.....

.....

.....

.....

1.3 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับ มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการ ทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการ ทางคลินิกที่ดี แต่โรครักก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์

.....
.....
.....
.....
.....

1.4 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับ มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรค หลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง (หากท่านไม่สะดวกตอบคำถามข้อนี้ก็ให้ข้ามไป ตอบคำถามข้อถัดไป)

.....
.....
.....
.....
.....

1.5 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....
.....

1.6 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมติดีกรนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับ เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคกระเร่งและยารักษาความดันโลหิตสูง

.....
.....
.....
.....
.....

1.7 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมติดีการปวด (Pain) หมายถึง มิตีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมติดีการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อมเรื้อรังก็จะมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

.....
.....
.....
.....
.....

1.8 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิตีทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิตีที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตีนี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ

.....
.....
.....
.....

1.9 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิตีทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิตีทางด้านนี้เป็นมิตีใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบ

ความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) (หากท่านไม่สบายใจในการตอบก็ไม่ต้องตอบ)

.....
.....
.....
.....

1.10 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน ดังนี้
ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....

- ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....
.....
.....

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ก่อนได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ประกอบด้วย 10 ด้าน

1.1) ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร

.....

.....

.....

.....

ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ

.....

.....

.....

.....

ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก

.....

.....

.....

.....

1.2) ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ

.....
.....
.....
.....

1.3 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการ ทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการ ทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์

.....
.....
.....
.....
.....

1.4 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรค หลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง (หากท่านไม่สะดวกตอบคำถามข้อนี้ให้ข้ามไป ตอบคำถามข้อถัดไป)

.....
.....
.....
.....
.....

1.5 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....

.....
.....

1.6 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิตินอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อ
เข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็ว
ผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอน
หลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และควมมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่
มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง

.....
.....
.....
.....
.....

1.7 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิตินอนปวด (Pain) หมายถึง มิตินี้เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้าน
ร่างกาย ซึ่งต่างจากมิตินอนทำหน้าทีทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่อง
ของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อม
เรื้อรังก็จะมีอาการปวดที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควร
ประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

.....
.....
.....
.....
.....

1.8 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิตินี้เกี่ยวกับการทำ
กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่
ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ

.....
.....
.....
.....
.....

1.9 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทักษิณีย์ ทองประทีป, 2552)(หากท่านไม่สบายใจในการตอบก็ไม่ตอบ)

.....
.....
.....
.....
.....

1.10 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน ดังนี้
ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมนี้อาจจะต่างจากภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีคุณภาพจิตใจในสุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น ภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....

- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หลังได้รับการรักษาด้วยยา Galantamine ประกอบด้วย 10 ด้าน

1.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การดูแลตนเองในเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจับถ่าย การ
รับประทานอาหาร

.....
.....
.....
.....

ระดับที่ 2 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาด
บ้าน การทำอาหาร การเดินในระยะใกล้ ๆ การเดินจับจ่ายซื้อของ การขึ้นบันได การยกของ

.....
.....
.....
.....

ระดับที่ 3 การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬา
หรือการออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก

.....
.....
.....
.....

1.2 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological Functioning) หมายถึง สุขภาวะทางด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ทั้งทางด้านลบและ
ด้านบวก อารมณ์ทางด้านลบ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ท้อแท้ ความรู้สึกผิด ฯลฯ ในขณะที่อารมณ์
ทางด้านบวก เช่น การมีความสุข ความสนุกสนาน ความหวัง และความมีชีวิตชีวา (vitality) ฯลฯ

.....
.....
.....

1.3 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social Functioning) หมายถึง
ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การได้มีส่วนร่วมในการ
ทำกิจกรรมและการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม ในบางครั้งผู้ป่วยมีอาการ
ทางคลินิกที่ดี แต่โรคก็มีผลกระทบกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคมกับผู้ป่วยมาก เช่น โรคเอดส์

.....
.....

.....
.....
.....

1.4 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ (Sexual Functioning) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มีโรคและยาหลายอย่างที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง(หากท่านไม่สะดวกตอบคำถามข้อนี้ให้ข้ามไปตอบคำถามข้อถัดไป)

.....
.....
.....
.....
.....

1.5 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท (Neuropsychological Functioning) หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด (cognitive functioning) ได้แก่ ความสามารถในการจำ เช่น จำวันที่หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีตได้ ความสามารถในการให้เหตุผล และการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (orientation) มิติทางด้านจิตประสาทนี้ถือเป็นมิติทางด้านสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....
.....

1.6 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการนอน (Sleep) หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนหรือตื่นขึ้นบ่อยจนเกินไปในระหว่างการนอนหลับ การไม่ตื่นเร็ว ผิดปกติในตอนเช้าหรือการตื่นด้วยความยากลำบากในตอนเช้า รวมทั้งจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความมีชีวิตชีวา มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคมะเร็งและยารักษาความดันโลหิตสูง

.....
.....

.....
.....
.....

1.7 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติการปวด (Pain) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ซึ่งต่างจากมิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การประเมินความเจ็บปวดควรมีการประเมินทั้งในเรื่องของความรุนแรง ระยะเวลาการปวด และความถี่ ความปวดขึ้นอยู่กับสภาวะโรคที่เป็น เช่น โรคข้อเสื่อม เร็วจริงก็จะมีอาการที่รุนแรงและนานกว่าโรคปวดข้ออื่น ๆ นอกจากนี้ การประเมินอาการปวดควรประเมินในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

.....
.....
.....
.....
.....

1.8 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติทางด้านผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การประเมินในมิตินี้ ได้แก่ การมีงานทำ เช่น จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์ วันที่กลับไปทำงาน การทำงานบ้าน หรือการทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ

.....
.....
.....
.....
.....

1.9 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับมิติทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) มิติทางด้านนี้เป็นมิติใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละสาขาอาจจะต่างกันออกไป เช่น ในทางจิตวิทยา มีความมั่นคงภายใน และมีความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จ (Dombeck M, Karl J, 1987) ในขณะที่ความหมายทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และแหล่งของความหวังและกำลังใจ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) (หากท่านไม่สบายใจในการตอบก็ไม่ต้องตอบ)

.....
.....
.....
.....

1.10 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับความผาสุกโดยรวม (Overall Well-Being) มักจะประเมิน ดังนี้
ภาวะสุขภาพโดยรวม (Overall Health) ซึ่งผู้ถูกประเมินต้องประมวลภาวะสุขภาพในทุก ๆ
ด้านเข้าด้วยกัน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยรวมนี้อาจจะต่างจาก
ภาวะสุขภาพจริง (actual health) ก็ได้ เพราะผู้ป่วยอาจจะมีการปรับหรือมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกหรือ
ความคิดที่มีต่อโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ดังนั้น บางคนมีภาวะสุขภาพแย่แต่อาจจะมีความพึงพอใจใน
สุขภาพโดยของตนเองก็ได้เช่นกัน คำถามที่มักจะใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม เช่น สภาวะสุขภาพของ
ท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรมาก่อน
เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรมาก่อน

.....
.....
.....
.....

- ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....