

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชาลิสา แสงสารวัด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นางสาวชลิสา แสงสารวัด

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุณีย์ ละคำปัน,

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์สิรินทร นันศิริกาญจน,

M.D., M.Sc. (Geriatric Medicine)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ประครอง อินทรสมบัติ,

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,

ปร.ด. (การพยาบาล)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2554

นางสาวชลิสา แสงสารวัด

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุณีย์ ละคำปุ่น,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พันโทหญิงวาสนา นัยพัฒน์,
Ph.D. (Nursing Administration)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์,
M.D., M.Sc. (Geriatric Medicine)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ ละกะปิ่น รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ และอาจารย์แพทย์หญิง สิรินทร ฉันทศิริกาญจน อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ ละกะปิ่น ได้กรุณาให้คำปรึกษาดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะทำให้การศึกษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อนายแพทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง แพทย์หญิงอรพิชา ไรฤทธิ์ และอาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ ที่กรุณาเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือ ขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษา ให้ความสนใจถามไถ่ ห่วงใย และให้กำลังใจตลอดมา และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอย ให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือ ความอนุเคราะห์ ความช่วยเหลือ จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้าและร่วมรักษา โรงพยาบาลรามารักษ์ และ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจคลินิกความจำ สถาบันประสาทวิทยา ที่อำนวยความสะดวกและให้ ความช่วยเหลือด้วยดีตลอดจนการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นให้ กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่อำนวยความสะดวกด้านเวลาในการศึกษาวิจัยทำ ให้การวิจัยสำเร็จลงด้วยดี ขอขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจมาตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อม และผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความจำเสื่อม ที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลรามารักษ์และสถาบันประสาทวิทยา ที่ ให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ชาลิสา แสงสารวัด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

DETERMINANTS OF THE QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

ชาลิสา แสงสารวัด 5136389 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุณีย์ ละคำปัน, กศ.ด., สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, M.D., M.Sc., ประครอง อินทรสมบัติ, ค.ม.

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์นี้ประยุกต์แนวคิดเชิงนิเวศน์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารับดีและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 170 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean = 39.97, SD = 5.40) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r = .386$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .200$) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($r = .257$) การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($r = 0.176$) ระยะของโรคสมองเสื่อม ($r = -.265$) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยชุมชนและสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .246$, $F = 4.683$, $p < 0.001$) โดยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\beta = .374$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($\beta = .237$) เป็นปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 20.5

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ฝึกฝนกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำรงการทำการกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง และให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก เพราะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / ผู้สูงอายุสมองเสื่อม / ผู้ดูแลหลัก / แนวคิดเชิงนิเวศน์

DETERMINANTS OF THE QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

CHALISA SANGSARAWAD 5136389 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUNEE LAGAMPAN, Ed.D., SIRINTORN CHANSIRIKARNJANA, M.D.,M.Sc., PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.

ABSTRACT

Dementia influences both lifestyle and quality of life for elderly people with dementia. This descriptive analytical research applied an ecological model as a conceptual framework aimed to examine quality of life of older people with dementia and analyze the factors related to their quality of life. The participants were 170 elderly people with dementia that followed up at the outpatient department of both Ramathibodi hospital and Prasat Neurological Institute. Data were collection by interviewing primary caregivers and comprised of four parts; personal factors of older people with dementia, family factors, community and social factors, and the quality of life of old person with dementia. The statistical analysis used were; percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Stepwise Multiple Regression analysis.

The results showed that older people with dementia had a good quality of life (Mean 39.97, SD 5.40). Their ability to perform daily activities ($r = .386$), family relationships ($r = .200$), quality of life of primary caregivers ($r = .257$), neighbors and community support ($r = .176$), and their stages of dementia ($r = -.265$) were significantly related to their quality of life ($p < .05$). Personal factors of old people with dementia, family factors, community and social factors altogether accounted for a variance in the quality of life ($R^2 = .246$, $F = 4.683$, $p < 0.001$). The best predictors were their ability to perform daily activities ($\beta = .374$) and quality of life of primary caregivers ($\beta = .237$) which accounted for 20.5% of the variance in the quality of life of old people with dementia.

The results suggested that health personnel should concentrate on enhancing the practice activities that stimulate the elderly dementia sufferer's brain function to maintain the activities of daily life in self care and promoting the quality of life of primary caregivers where it influences the quality of life of elderly people with dementia. The finding from this study can be used to further improve the quality of life of old people with dementia.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / OLDER PERSON WITH DEMENTIA / PRIMARY CAREGIVERS / ECOLOGICAL MODEL

170 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
ส่วนที่ 1 สมอ่งเลื่อม	13
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต	26
ส่วนที่ 3 แนวคิดเชิงนิเวศน์	31
ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
กรอบแนวคิดในการทำวิจัย	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ส่วนที่ 1 รูปแบบการวิจัย	41
ส่วนที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	41
ส่วนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	52
ส่วนที่ 5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
บทที่ 5 อภิปรายผล	83
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	103
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	111
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	127
บรรณานุกรม	144
ภาคผนวก	151
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	152
ภาคผนวก ข ที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา	153
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน	154
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	
มหาวิทยาลัยมหิดล	
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา	154
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
กระทรวงสาธารณสุข	
ภาคผนวก จ หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย	157
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือในการวิจัย	158
ภาคผนวก ช ตารางภาคผนวกที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร	168
อิสระที่ศึกษาในการเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน	
ตารางภาคผนวกที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรค	169
สมองเสื่อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ภาคผนวก ข (ต่อ)	
ตารางภาคผนวกที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิ การเบิกค่ารักษาพยาบาล กับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	169
ประวัติผู้วิจัย	170

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	58
4.2	จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	60
4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ปีจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	62
4.4	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	63
4.5	จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยครอบครัวจำแนกตามความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	65
4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยครอบครัว จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว	66
4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยครอบครัว จำแนกตามการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	67
4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของปัจจัยครอบครัว จำแนกตามการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	68
4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยครอบครัว จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	69
4.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยชุมชนและสังคม	70
4.11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	72
4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	73
4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	74
4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	75
4.16 ความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	76
4.17 ความสามารถของปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ครอบครัวสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	77
4.18 ความสามารถของปัจจัยชุมชนและสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน บ้านและชุมชน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	78
4.19 ความสามารถของปัจจัยบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.20	สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด	80
4.21	สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	81
4.22	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	120
4.23	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	121
4.24	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายที่ดีที่สุดกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	122

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
2.1 Ecological model for understanding quality of life of older person with dementia	33
2.2 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย	40
3.1 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย	44

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันบริการทางการแพทย์และความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ร่วมกับความสนใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 ปี 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 9.4 และปี 2550 พบจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2551 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 6,921,213 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 และมีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ภาวะสูงอายุทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังควบคู่กับความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีความต้องการความช่วยเหลือจากการบริการสาธารณสุขและสังคมเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องเผชิญทำให้บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง (ประกา ถิมประสูตร,แอนน์ สารจินดาพงศ์ และวงเดือน สุวรรณศิริ, 2545) เมื่อผู้สูงอายุเผชิญปัญหาสุขภาพหลายระบบและมีปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขอีกอย่างที่กำลังทวีความสำคัญยิ่งขึ้น และพบว่าอุบัติการณ์และความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากรและจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543)

จากการศึกษาโรคสมองเสื่อมของประชากรโลกพบว่าผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี มีอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 5 และในคนที่มีความอายุเกิน 80 ปี จะมีอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 12.5 (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ในกลุ่มประเทศยุโรปพบว่าผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี มีอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 1.4 และเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นอีก 5 ปี ในประเทศอินเดียพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 140,000 คน ในปี ค.ศ. 1997 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นราว 3.8 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเทศไทย, 2548) ภูมิภาคพื้นที่เอเชียแปซิฟิกพบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 13.7 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า

(อรวรรณ คุหา, จิตนภา วาณิชโรตม์, บุรีณี บุญมีพิพิธ และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, 2551) จากการศึกษาความชุกกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในปี 2548 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 229,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน อีก 50 ปีข้างหน้า เมื่อแบ่งตามช่วงอายุพบว่าผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 6.7 ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 36.0 และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปพบว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 57.3 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ จากสถิติผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมหรือมีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติในปี 2545-2551 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นดังนี้ 474 ราย, 954 ราย, 1,375 ราย, 1,682 ราย, 1,889 ราย, 1,992 ราย, 2,280 ราย ตามลำดับ (หน่วยบริการข้อมูลงานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2552)

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการเสื่อมของการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับความจำ ความรอบรู้ ซึ่งการเสื่อมถอยจะลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่จนถึงความจำเสื่อม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ป่วยรายนั้น (วันดี โภคะกุล และจิตนภา วาณิชโรตม์, 2547) จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านความจำ สติปัญญา การรับรู้ การเรียนรู้ การประกอบกิจกรรม การตัดสินใจแก้ปัญหา การใช้ทักษะทางสังคมต่างๆ และการมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา เมื่ออาการเหล่านี้เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543) นอกจากนี้อาการของโรคทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ก้าวร้าว เดินหลงทางโดยไม่มีจุดหมาย กระสับกระส่าย นอนไม่เป็นเวลา มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หลงผิด และประสาทหลอน เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างดีจากครอบครัวอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547; ศศิธร ศิริมหาราช, นิภาพรรณ ทิพย์จักร, สุพัตรา ปานไผ่ และฤดีฉวีล อินทจักร, 2549)

จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

เนื่องจากเดิมผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ คือ ในระยะแรกของโรคจะมีปัญหาในการสื่อสารใช้คำพูดเรียกชื่อสิ่งของไม่ถูกต้อง มีความสับสนในทิศซ้ายขวาทำให้เกิดปัญหาการหลงทางและมีปัญหาในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การคิดคำนวณเกี่ยวกับตัวเลข การใช้จ่ายซื้อของ หรือการเบิกถอนเงินจากธนาคาร การซ่อมแซมอุปกรณ์ที่เคยทำ ในระยะกลางหรือระยะที่ 2 ของโรค (2-10 ปี) ความจำจะเสื่อมลงเร็วมาก ปัญหาที่พบคือจำการกระทำที่ทำไปก่อนหน้านี้ไม่ได้ เช่น ลืมว่ารับประทานอาหารแล้ว ลืมสิ่งของที่เก็บไว้ เริ่มจำญาติไม่ได้ ลืมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ ลืมทำความสะอาดหลังการขับถ่าย เกิดปัญหาในการดูแลตนเองและพบปัญหาการใช้สิ่งของในชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติได้แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การใช้โทรศัพท์ การทำอาหารหรือจัดเตรียมอาหาร การตัดเล็บ เริ่มมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การหยิบสิ่งของ มีปัญหาในการนอนหลับ เห็นภาพหลอน หูแว่วประสาทหลอน ก้าวร้าวหวาดระแวงและหลงผิดทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ทำร้ายผู้อื่น ในระยะนี้จำเป็นต้องมีญาติช่วยเหลือดูแลเกือบตลอดเวลา และในระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยจะจำคนใกล้ชิดไม่ได้ จำไม่ได้ว่าตนเองชื่ออะไรเคยเป็นใคร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ลืมขั้นตอนการรับประทานหรือกลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ การเคลื่อนไหวมีลักษณะแขนขาเกร็ง และไม่สามารถเดินได้ การพูดจะพูดซ้ำๆ และพูดตามที่ได้ยินคนอื่นพูดหรือไม่พูดเลย ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทุกอย่างจากผู้ดูแล สุดท้ายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้และนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อน เช่น การสำลักอาหาร ปอดอักเสบ แผลกดทับ และสุดท้ายจะเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งระยะเวลาการดำเนินของโรคโดยรวมทั้งหมดเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี สรุปได้ว่าเมื่อมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงคือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพิงสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่หรือส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดต่ำลง เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแลหลัก เป็นภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและประเทศ (รัชฎา รักษานาม, 2543; รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543; วรรณนิภา บุญระยอง, 2543; วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์, 2546; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547; ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; วันดี โภคะกุล และจิตนภา วาริชาโรตม์, 2547; ศศิธร ศิริมหาราชและคณะ, 2549)

จากผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดหลัง มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ เกิดความเครียด อารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล

รู้สึกอับอาย รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกลำบากใจ และขัดแย้งในใจตนเอง (รัชฎา รักษนาม, 2543; วรรณิภา บุญระยอง, 2543; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546; นภาพร ฤทธิวีรกุล, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, อุษาวดี อัครวิเศษ และ รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2549; Singne and Solve, 2006) จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จำเป็นต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักหรือจ้างคนอื่นดูแลซึ่งเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง เกิดปัญหาเศรษฐกิจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพทางสังคมกับเพื่อนบ้านได้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะการสูญเสียอย่างต่อเนื่อง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549; รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; Evridiki, Athena, Savvas, Papacostas, Haritini and Panagiota, 2007; Hirakawa, Kuzuya, Enoki, Hasegawa and Iguch, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ซึ่งพบว่าเมื่อมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อศึกษาความต้องการของครอบครัวพบว่าครอบครัวมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้บริการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ จัดบริการรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน การสนับสนุนและส่งเสริมให้สังคมหรือชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือการจัดกลุ่มสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเชื่อว่าเมื่อได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังกล่าวจะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการบริการที่ทั่วถึง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเสื่อมของสมองส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546; รัชฎา รักษนาม, 2543; วรรณิภา บุญระยอง, 2543; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; จริยา ชำรัมย์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548)

จากศึกษาพบว่าครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ชุมชนและสังคมให้เข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงทำให้เกิดสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยขึ้นในปี 2543 ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันของญาติผู้ป่วยที่

ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ที่มีความพร้อมให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมี ทัศนคติร่วมกันเพื่อช่วยเหลือและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น และมี จุดประสงค์เพื่อให้ชุมชนได้มีความเข้าใจและตระหนักถึงโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และโรค สมองเสื่อมอื่นๆ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่ทางสมาคมได้ให้บริการ คือ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดย ให้คำแนะนำในเรื่องสถานที่บำบัดรักษาโรค ให้ความรู้เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและ ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในรูปแบบต่างๆ เช่น ทัศนศึกษา การบรรยายทางวิชาการโดยผู้มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและผู้มี ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามโอกาสต่างๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและ ต่างจังหวัด การฝึกอบรมเพิ่มทักษะแก่ผู้ที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและการจัดทำกลุ่มสัมพันธ์ผู้ดูแล (Support group) เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรค สมองเสื่อมของญาติและครอบครัว (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2010)

ปัจจุบันปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้รับความสนใจจากผู้ให้การดูแลในระบบ บริการสุขภาพมากขึ้น มีการศึกษาวิจัยและจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนอกจากนี้เนื่องจากความเสื่อมของสมองส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สมองเสื่อมที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีรูปแบบการให้บริการอย่างเป็นระบบมี คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากการศึกษาจะนำไปสู่แนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อมดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีปัจจัย หลากหลายระดับที่เกี่ยวข้อง อาจมีตั้งแต่ปัจจัยของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปัจจัยรอบข้าง จากแนวคิด เชิงนิเวศน์ กล่าวว่าการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัย ชุมชนและสังคม (WHO, 2005) ซึ่งปัจจัยภายในบุคคล (Individual factors) คือ ปัจจัยทางชีวภาพและ พฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยระหว่าง บุคคล (Relationship factors) คือ ความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว ปัจจัย ชุมชนและสังคม (Community and Societal factors) คือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ชุมชนและ สังคม เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ชุมชน สังคม การให้บริการจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ การให้บริการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาค้นคว้าจึงประยุกต์กรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ ซึ่ง อธิบายว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล เป็นผลมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล และการเกิด พฤติกรรมทางสุขภาพมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยของบุคคลเองและสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมมี

ตั้งแต่ระบบที่ใกล้ชิดมากที่สุดคือครอบครัว (Microsystem) สิ่งแวดล้อมระดับกลาง (Mesosystem) เช่นชุมชนและสังคม และการบริการด้านสุขภาพ (Bronfenbrenner, 1979) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปเป็นแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำรงอยู่อย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 2.1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่า

รักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.5 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. ปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

4. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive analytical Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยนำแนวคิดเชิงนิเวศน์ด้านสุขภาพ ในการกำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติมหาวิทยาลัยมหิดล สังกัดสำนักงานอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันประสาทวิทยา เป็นสถาบันโรคเฉพาะทางระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม ซึ่งมาติดตามการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความจำ ซึ่งให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำเสื่อมโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และแพทย์เฉพาะทางด้าน สำหรับโรงพยาบาลรามาริบัติ และแผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกความจำ ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา

ครอบครัว ครอบครัวในงานวิจัยนี้ คือ บุคคลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือความสัมพันธ์ด้านความเคารพกันนับถือ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา บุตรเขย บุตรสะใภ้

ผู้ดูแลหลัก สำหรับงานวิจัยนี้ คือ สมาชิกที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือความสัมพันธ์ด้านความเคารพกันนับถือ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา เพื่อน เพื่อทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการดูแลด้วยความรักไม่มีค่าจ้างตอบแทนเป็นประจำทุกเดือน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องการรับประทานยา

ชุมชนและสังคม สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ชุมชนและสังคม คือ บุคคลหรือกลุ่มคนที่คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แบ่งเป็น ระดับปฐมภูมิ คือ ชุมชนและสังคมที่อยู่ใกล้ชิดครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น เพื่อนบ้าน คนในชุมชน อาสาสมัครชุมชน ระดับทุติยภูมิ คือ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ

นิยามตัวแปร

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ระยะของโรคสมองเสื่อม
2. การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม
3. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล
4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยครอบครัว

1. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว
2. สัมพันธภาพในครอบครัว
3. การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
5. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ปัจจัยชุมชนและสังคม

1. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน
2. การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. **ระยะของโรคสมองเสื่อม** หมายถึง อาการแสดงของโรคสมองเสื่อมเมื่อแบ่งตามการดำเนินโรค ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก คือ ระยะที่สมองเริ่มเสื่อมผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครอบครัวและสังคมได้ แต่มีปัญหาเรื่องความจำ ระยะกลาง คือ ระยะที่สมองเสื่อมปานกลางผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ แต่จำบุคคลใกล้ชิดได้ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันแยลงอย่างชัดเจน ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้างเรื่อง ต้องพึ่งคนอื่น ระยะสุดท้าย คือ ระยะที่สมองเสื่อมมาก ผู้ป่วยไม่มีความจำ ไม่มีความรู้ ไม่มีความสามารถใดหลงเหลืออยู่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อดูแลเกือบทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อม เนื่องจากสองระยะแรกนี้ผู้ป่วยยังคงมีความคิด ความจำ และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง การจัดกิจกรรมเพื่อชลอความเสื่อมของสมองยังเห็นผล รวมทั้งการวางแผนในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับดีได้

2. **การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม** หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ที่นอกเหนือจากภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งตามกลุ่มโรคที่พบบ่อยในคลินิกผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ (ประเสริฐ อัสตันตชัย, 2552) ดังนี้ 1) กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ (Musculoskeletal disease) เช่น โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น 2) กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เป็นต้น 3) กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะสับสนเฉียบพลัน โรคทางจิตประสาท และกลุ่มโรคอื่นที่อาจพบเพิ่มเติม ดังนี้ 4) กลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น โรคไต โรคต่อมลูกหมากโต 5) กลุ่มโรคทางเดินหายใจและปอด เช่น หอบหืด ภูมิแพ้ วัณโรคปอด และ 6) กลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคไทรอยด์ โรคตา โรคเลือด

3. **สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล** หมายถึง สวัสดิการช่วยเหลือเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิของตนเอง หรือบุคคลในครอบครัว แบ่งเป็น มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เช่น ดันสังกัดข้าราชการหรือเบิกจ่ายตรง รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง และไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือจ่ายเอง

4. **ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ความสามารถในการเดิน การรับประทานอาหารหรือจัดเตรียมอาหาร การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำถ่ายอุจจาระปัสสาวะและการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินทาง

ออกนอกบ้าน การซื้อของและการคิดคำนวณ โดยประยุกต์จากแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ
ดัชนีเอดีแอล (Chula ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2541)

ปัจจัยครอบครัว

1. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินรวมของสมาชิกทุกคนใน
ครอบครัวที่ได้รับต่อเดือน และประเมินจากความเพียงพอในการใช้จ่ายในครอบครัว

2. สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว
ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ประเมินในด้านการแสดงความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน
การเคารพซึ่งกันและกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ประยุกต์
จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ประเมินจากแบบวัด
มาตรฐานค่า 4 ระดับ

3. การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความ
สนใจของผู้ดูแลหลักและครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการแสวงหาความรู้ การ
เข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังจากทราบว่าผู้สูงอายุมี
ภาวะสมองเสื่อม เช่น แหล่งให้ข้อมูลความรู้จากสื่อต่างๆ สถานที่อบรมหรือจัดกิจกรรมที่สังคมจัด
ให้ แหล่งให้คำปรึกษาปัญหา เพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากหน่วยงานต่างๆ เช่น
สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขอนามัย ประเมินจากแบบวัด
มาตรฐานค่า 4 ระดับ

4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการ
ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน การดูแลภาวะสุขภาพ การป้องกันอันตรายหรือความปลอดภัย การออกกำลังกาย
ประเมินจากแบบวัดมาตรฐานค่า 4 ระดับ

5. คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแลหลัก
ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นการรับรู้ถึง
ความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองของผู้ดูแลหลัก ประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
ฉบับ 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) 5 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ กำลัง การเจ็บปวดตาม
ร่างกาย การเจ็บป่วย การนอนหลับพักผ่อน ความสามารถในการทำงาน การเดินทาง ด้านจิตใจ
ได้แก่ สมรรถภาพ ความพอใจในชีวิต ความพอใจในรูปร่าง ความรู้สึก คุณค่าในตนเอง ด้านความสัมพันธ์
ทางสังคม ได้แก่ การเข้ากับคนอื่น การได้รับการช่วยเหลือจากคนอื่น ความพอใจในเรื่องเพศ ด้าน

สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย สภาพบ้านเรือน การใช้จ่าย ระบบบริการสาธารณสุข ข่าวสาร การพักผ่อน สภาพแวดล้อม การเดินทาง ประเมินจากแบบวัดมาตรฐานค่า 5 ระดับ

ปัจจัยชุมชนและสังคม

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลหลักและครอบครัวได้รับจากชุมชนและสังคมในช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ส่วน คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน คนในชุมชน อาสาสมัครชุมชน ได้แก่การสนับสนุนด้านกำลังใจ การเฝ้าระวังความปลอดภัย ป้องกันการหลงทาง และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข อนามัย โรงพยาบาล องค์กรหรือสมาคมต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านกำลังใจ ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการดูแล เสริมสร้างทักษะลดความเสี่ยงของสมอง อำนวยความสะดวกเมื่อมาตรวจตามนัด การติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินจากแบบวัดมาตรฐานค่า 5 ระดับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการรับรู้ของผู้ดูแลหลักในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้ สุขภาพร่างกาย กำลังหรือความแข็งแรงของร่างกาย อารมณ์ ที่พักอาศัย ความจำสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ชีวิตโสดหรือชีวิตคู่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ความรู้สึของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เคยทำ การเข้าสังคม การเงิน และความสุขโดยรวม โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ของ Logsdon (1996) ประเมินจากแบบวัดมาตรฐานค่า 4 ระดับ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันประสาทวิทยา เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ และเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลความรู้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 สมองเสื่อม (Dementia)

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต (Quality of life)

ส่วนที่ 3 แนวคิดเชิงนิเวศน์ (Ecological Model)

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1. สมองเสื่อม (Dementia)

1.1 ความหมายของสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นจากความเสื่อมของสมองที่เกิดไปตามวัย อาการหรือพฤติกรรมเด่นของผู้สูงอายุที่ประสบภาวะนี้ คือ ความบกพร่องของความจำทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว เกิดความบกพร่องเกี่ยวกับความคิดที่เป็นนามธรรม (Abstract thinking) มีการตัดสินใจบกพร่อง มีอาการผิดปกติของการทำงานของสมองใหญ่ เช่นการไม่สามารถพูดหรือไม่เข้าใจภาษา (Aphasia) การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Apraxia) การแปลความรู้สึกผิดปกติ (Agnosia) หรือมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ส่งผลต่อการทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพและการเข้าสังคม (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541)

ภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ การสูญเสียความจำซึ่งจะต้องไม่เป็นมาแต่กำเนิด พบการสูญเสียความจำหลายด้านและผู้ป่วยจะต้องมีระดับความรู้สึกลดอยู่ในระดับดี (วันดี โภคกุล และ จิตนภา วาริชวรโรจน์, 2547)

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านความจำ การรับรู้ การตัดสินใจ (Cognitive) เสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด โดยที่ผู้ป่วยเองไม่รู้ตัวแต่ญาติหรือคนรอบข้างสามารถสังเกตเห็นได้ การปฏิบัติงานในกิจวัตรประจำวันด้านอาชีพ ด้านสังคมสูญเสียไปในระยะต้น (Instrumental activities of daily living: IADL) การดูแลสุขภาพอนามัยเสียไปในระยะกลาง (Basic personal care activities of daily living: BADL) และในระยะสุดท้ายสูญเสียความจำมากขึ้น ส่งผลให้จำตัวเองและบุคคลใกล้ชิดไม่ได้ ฟังไม่รู้เรื่อง พูดไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว กลายเป็นผู้ป่วยที่นอนติดเตียง (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2547)

สมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลถึงความสามารถของบุคคล เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม เป็นการเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ เกี่ยวกับความรู้ เช่น การรับรู้ ความจำ ความคิด จินตนาการ การตัดสินใจ และเหตุผล ซึ่งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องมีความเสื่อมด้านความจำร่วมกับมีความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับความผิดปกติในด้านภาษา (Aphasia) ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Apraxia) ไม่รู้จักสิ่งต่างๆ หรือไม่รู้จักเรื่อง (Agnosia) และมีความพร่องในด้านความคิด การวางแผน การประมวลผล ความคิดเชิงนามธรรม (Executive function) ซึ่งจะต้องแยกจากการลืม (Forgetfulness) (สิรินทร นันศิริกาญจน, 2552)

The Agency for Health Care Policy and Research – U.S.A.; AHCPR (1996) อธิบายว่าสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เป็นความเสื่อมถอยของความสามารถด้านสติปัญญาอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้เกิดความเสื่อมถอยด้านความจำและการทำหน้าที่ต่างๆ สูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม การทำงาน ทำให้สูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ ตามมาด้วย

สมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดความเสื่อมด้านความคิด ความจำ การเรียนรู้ ร่วมกับปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ คือ ปัญหาในการสื่อสาร ความสามารถในการตัดสินใจ ปัญหาด้านความเข้าใจ และอาจมีปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า โมโห โกรธ (Soriano, 2007)

สรุปว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของสมอง พบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ทำให้สูญเสียด้านความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ ความคิดคำนวณ มีความผิดปกติในการใช้ภาษา ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การสื่อสาร การคิดการคำนวณ การเดินทาง ส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อมีความเสื่อมมากขึ้นผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน และอาจมีปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า โกรธ โมโห หลงผิด ประสาทหลอน

1.2 อาการของสมองเสื่อม

อาการทั่วไปของภาวะสมองเสื่อม (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541) ในระยะแรกความบกพร่องในด้านความจำจะเป็นอาการที่เด่นชัด สังเกตได้ชัดเจนในเหตุการณ์ใหม่ๆ เช่น ลืมชื่อบุคคล ลืมเบอร์โทรศัพท์ ลืมทิศทาง ลืมเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ทำงานไม่เสร็จเรียบร้อยเมื่อมีเหตุการณ์อื่นมาขัดจังหวะทำให้ลืมงานที่ทำค้างไว้ เช่น ลืมปิดเตาไฟ ลืมปิดก๊อกน้ำ เมื่อความบกพร่องด้านความจำรุนแรงมากขึ้นทำให้ลืมชื่อญาติสนิท ลืมอาชีพตนเอง ลืมชื่อตนเองเป็นต้น บกพร่องความจำในเรื่องความคิดเชิงนามธรรม ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ ได้ หรือเรื่องราวที่ซับซ้อนได้ และมีความบกพร่องในการตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์ อาจมีคำพูดที่หยาบคาย การกระทำที่ไม่เหมาะสม การละเลยไม่สนใจรูปร่างหน้าตาของตนเองและสุขอนามัย และไม่ปฏิบัติตามกฎของสังคม ซึ่งบ่งบอกถึงความบกพร่องในการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง เช่น การลวนลามทางเพศ หยิบของจากห้างสรรพสินค้า มีปัญหาในการสื่อสาร การใช้คำพูด เช่น พูดซ้ำ พูดคลุมเครือ เรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ได้ยาก ไม่สามารถสื่อสารในสิ่งที่ต้องการสื่อได้ ในด้านบุคลิกภาพอาจมีบุคลิกภาพใหม่ที่เปลี่ยนจากเดิมหรือมีบุคลิกภาพแบบเด็กๆ บุคลิกภาพที่พบบ่อย เช่น ซึมเศร้า แยกตัว ซึมเศร้า ไม่มีระเบียบ ย้ำคิดย้ำทำ เรียกเรื่องความสนใจ หวาดระแวง เป็นต้น

วันดี โภทกุล และ จิตนภา วาริชวโรดม (2547) กล่าวถึงอาการของโรคสมองเสื่อมเมื่อแบ่งตามการดำเนินโรคสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก ผู้ป่วยจะจำเรื่องบางอย่างไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องที่เพิ่งจะพูดไปหรือเพิ่งจะทำไปเพราะจำไม่ได้ ผู้ป่วยมักจะพูดซ้ำ ๆ โทรศัพท์ไปหาลูกวันละหลายครั้งเพื่อบอกเรื่องเดิม ผู้ป่วยจะถามซ้ำๆ ถ้ามีคนเอาของมาให้ก็จะบอกไม่ได้ว่าใครเอามาให้ เป็นต้น แต่ความจำในระยะก่อนๆ เช่น ความจำในช่วงยังหนุ่มสาวอาจจะจำได้ดี จำได้ว่าบ้านตอนนั้นอยู่ตรงไหน มีพี่กี่คน เล่าเรื่องเก่าๆ แต่บางครั้งถ้าให้เล่าจริงๆ อาจจะพบว่ารายละเอียดอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือบิดเบือนไปจากที่เป็นจริง นอกจากเรื่องความจำแล้วผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา คือ เรียกสิ่งของที่เป็นชื่อเฉพาะ คำนามเฉพาะลำบากอาจจะเรียกชื่อคนไม่ถูก เรียกนาฬิกาไม่ถูกต้อง แต่ทราบว่านาฬิกาเอาไว้ใช้ดูเวลา ของที่ใช้บางครั้งจะเรียกไม่ถูก ต้องอธิบายกันหลายอย่างจึงจะทราบว่าผู้ป่วยจะกล่าวถึงอะไร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้ อาบน้ำได้ แต่งตัวได้ แต่ช้าลงกว่าเดิม อาจเข้าห้องน้ำเป็นเวลานานๆ ทิ้งสิ่งของเลอะเทอะ อาจจะมีความรู้สึกกระวนกระวายอยู่ไม่เป็นสุข บางรายอาจจะมีลักษณะซึมเศร้าแยกตัว ยิ่งทำให้อาการหลงลืมเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มรู้ว่าตัวเองผิดปกติ จะไปพบแพทย์และบ่นว่าความจำไม่ดี ส่วนมากแพทย์ไม่สามารถตรวจพบความคิดปกติที่ชัดเจน มักจะบอกว่าหลงลืมปกติ โดยส่วนใหญ่อาการของโรคในระยะแรกนี้อาจจะเป็นตั้งแต่ 1-3 ปี

ระยะกลางหรือระยะที่สอง อาการของโรคจะดำเนินต่อไปจะสูญเสียความจำใกล้ๆ มากขึ้น ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง ถึงแม้ว่าจะต้องตัดสินใจอย่างไร อาน้ำอย่างไร สระผมไม่เป็น ให้ไปอาบน้ำก็ไม่ยอมไปเพราะไม่รู้ว่าจะต้องไปเอาเสื้อผ้าจากที่ไหนจะต้องเปิดปิดน้ำอย่างไร นึกไม่ออกว่าจะต้องทำอะไร จึงเกิดการบ่ยเบี่ยงในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยที่ชอบออกนอกบ้านอาจจะหลงทางเพราะจำทิศทางไม่ได้ ทั้งที่อยู่ห่างจากบ้านไปไม่กี่สิบลเมตรและเคยเดินไปได้เอง แต่คราวนี้เดินไปแล้วนึกไม่ออกว่าจะต้องเลือกเส้นทางไหนจึงส่งผลให้กลับบ้านไม่ถูก แต่ก็พยายามเดินไปเรื่อยๆ ในที่สุดก็หลงทาง ถ้าถามว่าบ้านอยู่ที่ไหนก็จะตอบไม่ได้แต่รู้ว่าอยู่ใกล้อะไร ระยะนี้การใช้ภาษาผิดพลาดมากกว่าเดิม จะเรียกคำศัพท์เฉพาะไม่ค่อยถูกต้อง เรียกชื่อคนผิดๆ ถูกๆ ความเฉลียวฉลาดจะลดลงมาก ไม่สามารถบวกลบเลขได้ถูกต้องจากที่สามารถทำได้ ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่ประมาณ 2-10 ปี

ระยะที่ 3 หรือระยะสุดท้าย ความเฉลียวฉลาดจะลดลงมาก ความจำจะแย่งจำคนใกล้ชิดไม่ได้และมีความสัมพันธ์กับตนเองอย่างไร เป็นภรรยาหรือเป็นบุตรคนที่เท่าไร แต่รู้ว่าคนนี้รู้จัก จะแสดงสีหน้ายินดีที่ได้เจอแต่เรียกชื่อไม่ถูก บางรายเริ่มจำตัวเองไม่ได้ ไม่รู้ว่าตัวเองชื่ออะไร เกิดเมื่อไหร่ อายุเท่าไร อาจมีความประพฤติดที่ผิดปกติและควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ เช่น รับประทานอาหารเลอะเทอะ ขว้างปาสิ่งของหรือเอาของไปซ่อน ผู้ป่วยเริ่มไม่สามารถบอกได้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เดินน้อยลง พุดน้อยลง จนถึงไม่พุดเลยในที่สุดผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น แผลกดทับ เป็นปอดบวม

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2543) กล่าวถึงอาการของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยของกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะสมองเสื่อมอย่างค่อยเป็นค่อยไป มักเริ่มจากการสูญเสียความจำระยะสั้นก่อน เช่น บอกอะไรให้จำไม่ได้ ต้องคอยถามซ้ำๆ จำวัน เวลา สถานที่ไม่ได้ และไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ ต่อจากนั้นจะสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา นึกคำพูดที่เหมาะสมไม่ออก สูญเสียความสามารถในเรื่องทิศทาง ทักษะการใช้มือ และความสามารถในการวางแผนและการจัดการ สูญเสียความสามารถในการคิด การคำนวณ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้ยังพบอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น เฉยเมย คี๋อง ฉุนเฉียว วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย หวาดระแวง และอาจพบอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และผู้ป่วยจะมีปัญหาการเดินลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้ และสุดท้ายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอยู่ติดเตียงตลอดเวลา และถึงแก่กรรมในที่สุด โดยใช้เวลาเฉลี่ย 8-10 ปี

พิเชษฐ์ อดมรัตน์ (2547) กล่าวถึงอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจที่มักเป็นปัญหา อาการทางพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกและสามารถสังเกตได้ เช่น การแสดงออกถึงความก้าวร้าวทางร่างกาย หิวร้อง กระสับกระส่าย เดินหลงทางโดยไม่มีจุดหมาย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมนั้นๆ เช่น ขาดการยับยั้งทางเพศ ถอดเสื้อผ้า เป็นต้น ซึ่งอาการทางจิตใจที่พบอาจต้องอาศัยการประเมินจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล เช่น อารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการหลงผิด ประสาทหลอน โดยพฤติกรรมที่แสดงออกคือ ชอบอยู่คนเดียว บอกว่าจะมีคนอื่นจะมาทำร้าย หรือไปทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

Kaplan and Sandock (1988) กล่าวถึงลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อมว่า มีความบกพร่องในการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ บุคคลและบกพร่องในเรื่องความจำ การรับรู้ เซาว์ปัญญา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ เป็นลักษณะสำคัญของภาวะสมองเสื่อม การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพจะค่อยเป็นค่อยไป จนสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ในระยะแรกของโรคที่พบมักมีความยุ่งยากในการควบคุมจิตใจ ไม่สามารถทำงานที่ย่งยากได้ หรือไม่สามารถแก้ปัญหาแบบใหม่ได้ เมื่อโรคดำเนินมากขึ้นจะมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ ความบกพร่องที่พบมีดังนี้

1. ความบกพร่องในเรื่องความจำ (Memory impairment) สังเกตได้จากการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และเรื่องเดิม ซึ่งเป็นลักษณะเด่นและสำคัญของโรค ในระยะที่ไม่รุนแรง อาจจะมีลืมเหตุการณ์ประจำวันใหม่ๆ เช่น ลืมเบอร์โทรศัพท์ ลืมบทสนทนา ในระยะที่รุนแรงอาจจะมีลืมชื่อญาติ ชื่อตนเอง อาชีพของตนเอง การสูญเสียความจำสามารถสังเกตจากการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล แต่ละระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยยังเป็นปกติ

2. ความบกพร่องในเรื่องภาษา (Language impairment) อาจมีลักษณะการพูดคลุมเครือ พูดอ้อแอ้ และพูดซ้ำๆ อาจไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาได้ ไม่สามารถเรียกชื่อสิ่งของได้ถูกต้องทั้งที่รู้จัก ในระดับรุนแรงอาจไม่พูดเลย

3. การสูญเสียความสามารถในการจำภาพโครงสร้าง (construction ability) ทดสอบโดยการให้ลองรูปสามมิติ การเรียงแท่งไม้ ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำได้ และมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

4. ความบกพร่องด้านอื่นๆ (Other impairment) มีความสามารถลดลงในการคิดเชิงนามธรรม มีความยุ่งยากในการจัดระบบความคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ความคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลและการตัดสินใจลดลง

สรุปได้ว่าอาการของภาวะสมองเสื่อมแสดงออกทั้งทางด้านพฤติกรรมและด้านอารมณ์ และเมื่อแบ่งระยะของโรคตามความเสื่อมของสมองสามารถแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก เป็นระยะที่สมองเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครอบครัวได้ เข้าสังคมได้ แต่เริ่มมีปัญหาเรื่องความจำ ความสนใจ การตัดสินใจ พฤติกรรมและอารมณ์พบว่าการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว แต่คนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวจะสังเกตได้

ระยะกลาง เป็นระยะที่สมองเสื่อมปานกลาง ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจนขึ้นและมากขึ้นเรื่อยๆ ครอบครัวต้องเข้ามาช่วยเหลือในบางเรื่อง ผู้ป่วยสามารถจำบุคคลใกล้ชิดได้ สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องมีคนอื่นคอยดูแลช่วยเหลือเพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ในบางเรื่อง

ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่สมองเสื่อมมาก ผู้ป่วยไม่มีความจำ ไม่มีความรู้ความสามารถ หลงเหลืออยู่ในสมอง จำตัวเองไม่ได้ จำบุคคลใกล้ชิดไม่ได้ มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินทางหรือการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกือบทั้งหมด

1.3 การจำแนกชนิดของโรคสมองเสื่อม

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการ การกล่าวถึงภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จึงแบ่งออกเป็นหมวดหมู่เพื่อให้เห็นภาพของกลุ่มอาการสมองเสื่อมได้ชัดเจน การจำแนกภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้ (วันดี โภกกุล และ จิตนภา วาริชวรโรจน์, 2547)

จำแนกตามสาเหตุพยาธิสภาพ วิธีการรักษา และการป้องกัน

1. Primary dementia หมายถึง พยาธิสภาพที่เกิดอาการสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทในอดีตที่ผ่านมา กลุ่มนี้มักไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถที่จะทำการรักษาให้หายขาดหรือป้องกันได้ อาจเรียกว่าโรคสมองเสื่อมชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Non-Treatable dementia) พบมากประมาณ 60-70% ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด มักพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ได้แก่ Alzheimer's disease, Pick's disease, Huntington's chorea, Dementia in Parkinson disease, Wilson's disease, Dementia in Spinocerebellar degeneration, Dementia in Down's syndrome, Dementia in supranuclear palsy

2. Secondary dementia หมายถึง กลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากความบกพร่องในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ โรคสมองเสื่อมกลุ่มนี้มักมีอาการดีขึ้นหรือสามารถรักษาบำบัดและป้องกันได้ หรืออาจเรียกว่าโรค

สมองเสื่อมชนิดที่สามารถบำบัดรักษาได้ (Treatable dementia) กลุ่มอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ได้แก่ Multi-infarct dementia, Alcoholic dementia, Hydrocephalic dementia, Infections dementia เป็นต้น

จำแนกตามลักษณะทางคลินิก

1. Cortical dementia กลุ่มนี้มักมีอาการของสมองเสื่อมที่เด่นชัด โดยเฉพาะในระยะแรก มีอาการผิดปกติในเรื่องการพูดการใช้ภาษา การเรียกชื่อสิ่งของ มีความบกพร่องในการรับรู้ไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่รับรู้ได้ ไม่สามารถกระทำการที่เคยทำได้ เช่น การแต่งตัว ไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อมได้ บางครั้งอาจมีปัญหาในด้านอารมณ์ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เช่น กร้าวร้าว วุ่นวาย ซึ่งอาการดังกล่าวจะเด่นชัด แต่เมื่อตรวจร่างกายไม่มีความผิดปกติในระยะแรก แต่ระยะท้ายอาจมีความผิดปกติของกำลังกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวผิดปกติ เดินลำบาก พูดไม่ชัด โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ Alzheimer's disease, Pick's disease

2. Subcortical dementia อาการส่วนใหญ่มักจะเป็นอาการที่เชื่องช้าลง ความเฉลียวฉลาดลดลง ความตั้งใจลดลง หลงลืม อาการที่สำคัญคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นเร็วในระยะแรกๆ ของโรค เช่น การเคลื่อนไหวช้า พูดช้าลง พูดไม่ชัด นอกจากอาการสมองเสื่อมยังมีอาการของระบบประสาทส่วนอื่นๆ ด้วย เช่น ความผิดปกติทางสภาพจิตใจ ตัวอย่างของโรคนี้ เช่น Extrapyrimalidal syndromes, Parkinson's disease, Huntington's disease, Progressive supranuclear palsy, Wilson's disease, Spinocerebellar degeneration, Hydrocephalus, Systemic illnesses

จำแนกอาการสมองเสื่อมตาม ICD-10

เป็นการจำแนกโรคตาม International Classification of Diseases, 10th ของ WHO (WHO, 1992 อ้างใน วันดี โภคกุล และ จิตนภา วาริชวโรดม, 2547)

1. Alzheimer's disease
2. Vascular dementia ได้แก่ Multiple-infarct dementia, Subcortical vascular dementia
3. Dementia จากโรคต่อไปนี้ได้แก่ Pick' disease, Creutzfeldt-Jakob disease, Huntington's disease, Parkinson's disease and Human Immunodeficiency Virus disease (HIV)
4. Unspecified dementia เป็นอาการสมองเสื่อมที่ไม่ได้เกิดจาก 3 กลุ่มข้างต้น

1.4 การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

แนวทางในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมมีหลายวิธี แต่ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การใช้ Mini-Mental State Examination (MMSE) เมื่อทดสอบด้วย MMSE แล้วจะต้องตรวจดู mental status ที่ละเอียดต่อไป เพื่อแยกออกจากภาวะซึมเศร้า สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระดับสถานบริการทางสุขภาพมีดังนี้ (วันดี โภคกุล และ จิตนภา วาริชวรโรจน์, 2547)

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

สำหรับประชาชน เป็นแบบประเมินภาวะสมองด้วยตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามเกี่ยวกับความจำของบุคคล เช่น การหาของใช้ในบ้านไม่พบ จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้ ลืมเรื่องที่เพิ่งฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อสองสามวันก่อน ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่ หลงทิศหรือหลงทาง เป็นต้น การประเมินภาวะสมองเป็นการประเมินเหตุการณ์ดังกล่าวว่ามีความถี่เกิดขึ้นเป็นวัน สัปดาห์ เดือน ปี ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นแบบประเมิน 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ความถี่ที่เกิดขึ้นเป็นวัน (ให้คะแนน 4 คะแนน) ความถี่ที่เกิดขึ้นเป็นสัปดาห์ (ให้คะแนน 3 คะแนน) ความถี่ที่เกิดขึ้นเป็นเดือน (ให้คะแนน 2 คะแนน) ความถี่ที่เกิดขึ้นเป็นปี (ให้คะแนน 1 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 14 – 56 คะแนน และแปลผลแบบประเมินความจำ คือ ความจำอยู่ในระดับดีมาก (คะแนน 14-19) ความจำอยู่ในระดับปานกลาง ควรจะได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น (คะแนน 20-29) ความจำอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำอาจเนื่องจากการมีภารกิจค่อนข้างมากทำให้ชีวิตค่อนข้างยุ่งควรได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น (คะแนน 30-39) ความจำอยู่ในระดับต่ำ ควรจะไปพบแพทย์ (คะแนน 40-56)

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่

สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ที่ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าร่วมกับซักประวัติผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการตรวจร่างกายเพิ่มเติมเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental state Examination-Thai version (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบประเมินที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นคนประเมิน เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีปัญหาด้านความจำ ประเด็นที่ถามประเมินเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ (อัญชลี เจริญประดิษฐ์ และคณะ, 2533) Orientation for time คือ การถามเกี่ยวกับวัน วันที่

เดือน ปี ฤดู, Orientation for place คือ การถามเกี่ยวกับสถานที่, Registration คือ การทดสอบความจำโดยให้ทวนคำพูดที่บอกไว้, Attention/Calculation คือ การให้คิดเลข และสกดคำถอยหลัง, Recall คือ การให้บอกสิ่งของหรือคำที่บอกไว้ก่อนหน้านี้, Naming คือ การให้บอกชื่อสิ่งของที่ให้อ้างอิง, Repetition คือ การให้พูดตามประโยคที่พูด, Verbal command คือ การให้กระทำตามสิ่งที่บอกตามขั้นตอน, Writing command คือ การให้ปฏิบัติตามประโยคที่เขียนในกระดาษ, Writing คือ การให้เขียนข้อความที่อ่านแล้วรู้เรื่อง, Vasuoconstriction คือ การให้วาดภาพหรือสิ่งของให้เหมือนภาพตัวอย่างที่ให้อ้างอิง ซึ่งในการทดสอบนี้ให้ผู้ทดสอบประเมินว่าผู้ถูกทดสอบกระทำได้ครบถ้วนหรือไม่ และให้เขียนในสิ่งที่ผู้ทดสอบกระทำ และให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และการแปลผลผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) เป็นกลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับจุดตัด (Cut off point) ซึ่งการแปลผลจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) มีจุดตัดที่ ≤ 14 คะแนน สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา (คะแนนเต็ม 30) มีจุดตัดที่ ≤ 17 คะแนน สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา (คะแนนเต็ม 30) มีจุดตัดที่ ≤ 22 คะแนน สงสัยภาวะสมองเสื่อม

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับโรงพยาบาล

เป็นแบบคัดกรองที่แพทย์ใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ใช้ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) และ International Classification of Diseases, 10th (ICD-10) โดย World Health Organization ร่วมกับการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย (วันดี โกลกุล และ จิตินภา วาริชวโรตม์, 2547)

DSM-IV Criteria for Dementia ผู้ป่วยมีความพร่องในเรื่องต่อไปนี้ ความผิดปกติด้านภาษาความสามารถในการใช้ภาษาลดลง (Aphasia) ความบกพร่องในการประกอบกิจกรรม แต่การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเป็นปกติ (Apraxia) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้ประสาทการรับรู้การสัมผัสปกติ (Agnosia) ความผิดปกติในการวางแผน การประมวลผล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม (Disturbance in executive functioning)

ICD-10 Diagnostic Criteria for Dementia การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจะใช้คำว่า Cognitive impairment ซึ่งประกอบด้วย

1. ความบกพร่องด้านความจำ (Remembering)

2. ความเสื่อมของการทำงานของสมองในด้านอื่นๆ เช่น ความคิด การตัดสินใจ การวางแผน การจัดการ การรับรู้ การจินตนาการ การให้เหตุผล โดยมีข้อมูลจากการซักประวัติ ร่วมกับการตรวจทางประสาทวิทยา ซึ่งอาการดังกล่าวต้องเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
3. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางพฤติกรรมอย่างน้อย 1 อย่าง เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด กระสับกระส่าย เฉื่อยเฉย พฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมต้องวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมออกจากโรคอื่นๆ ดังนี้ (วันดี โภคกุล และ จิตนภา วาริชวรโรจน์, 2547)

1. ภาวะหลงลืมตามอายุ (Normal aging) ซึ่งอาการไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ไม่สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง แต่ภาวะหลงลืมตามอายุต้องติดตามเป็นระยะ
2. ภาวะซึมสับสนฉับพลัน (Delirium) อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมักสับสนในเรื่องเวลา สถานที่ ความคิดไม่ปะติดปะต่อ ระดับความรู้สึกอาจเปลี่ยนแปลง
3. โรคซึมเศร้า (Depression) อาการอาจคล้ายสมองเสื่อม แต่ผู้ป่วยมักจะมาบอกแพทย์เองและประวัติการเกิดค่อนข้างสั้น
4. โรคจิต (Psychosis disorder) อาการทางจิตเด่นกว่าแต่พบว่าการทำงานของสมองปกติ

ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงของ Cognitive function มากจนถึงระดับที่มีผลต่อการปฏิบัติภาระกิจการทำงานและการเข้าสังคม ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเข้าสังคมได้ อาจยังไม่สามารถวินิจฉัยว่ามีสมองเสื่อม ถ้าพิจารณาตาม Definition criteria การประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ จำเป็นต้องประเมินในเรื่องความจำโดยตรงและส่วนที่เกี่ยวกับ Cognitive function ด้วย และต้องแยกจากโรคอื่นที่มีอาการใกล้เคียงกัน

1.5 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ปัจจุบันนโยบายของทางราชการต้องการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ภายใต้การดูแลของชุมชนหรือครอบครัวให้มากที่สุด ดังนั้นภาระต่างๆ ในการดูแลจึงตกอยู่ที่ญาติที่ใกล้ชิดซึ่งส่วนมากเป็นภรรยาหรือสามีของผู้ป่วยเอง บุตรหรือญาติผู้ใกล้ชิดคนอื่นๆ ที่อยู่บ้านเดียวกัน หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องรำลึกเสมอว่าผู้ป่วยมีหัวใจ ถึงแม้ว่าจะมีความจำเสื่อมจึง

ต้องให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจนกว่าครอบครัวผู้ดูแลจะปรับตัวเข้ากับสถานะของโรคได้ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจที่จะก้าวร้าว หงุดหงิดอย่างที่เราเห็น แต่เป็นจากพยาธิสภาพของโรค หลักในการดูแลผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

หลักการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. บอกรับการวินิจฉัยให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมต้องเริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อที่แพทย์จะสามารถให้การรักษาได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ แพทย์ ครอบครัวและผู้ป่วยจะต้องมาปรึกษาว่าจะเกิดภาวะอะไรขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ด้านความจำ พฤติกรรม และอารมณ์ เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; www.agingthai.org, 2009)

2. การเตรียมตัวผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นความพยายามกระทำในสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ตัวผู้ป่วยเองไม่ได้ตั้งใจให้มันเกิดขึ้น การรู้จักปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้สถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549) ดังนี้

2.1 การปรับตัวให้เข้าใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรค เป็นกุญแจสำคัญแห่งความสำเร็จในการดูแล

2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมามากขึ้นแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล และครอบครัว ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดี

2.3 ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในฐานะบุคคลสำคัญของครอบครัว พยายามให้ผู้ป่วยได้กระทำการต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

2.4 สร้างบรรยากาศในบ้านให้สดชื่น จัดบ้านให้น่าอยู่ แต่ไม่เคลื่อนย้ายสิ่งของต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะคุ้นเคยกับสิ่งของต่างๆ ในตำแหน่งเดิม

2.5 ทำตัวให้มีความรู้สึกสดชื่นและมองโลกในแง่ดีเสมอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับครอบครัวอื่นที่มีปัญหาเดียวกัน

2.6 พักผ่อนให้เพียงพอเพื่อเพิ่มความทนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.7 การพูดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องนุ่มนวลและใจเย็น อธิบายเหตุผลเสมอในการกระทำการต่างๆ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.8 ไม่แสดงความรู้สึกโกรธเกลียดกลุ่มต่อหน้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พุดจาสงบใจเย็น

2.9 เมื่อเกิดปัญหาอย่ากลัดกลุ้มทอดถอนใจ พยายามหาสาเหตุและค้นหาหาแนวทางในการแก้ไขร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

3. การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

3.1 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการใช้มือ แขนและขา (วันดี โภคกุล และ จิตนภา วาริชวโรดม, 2547) การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ มีดังนี้

- การรับประทานอาหาร กำหนดปริมาณอาหารและสัดส่วนอาหารให้เหมาะสม ควรแบ่งอาหารให้สะดวกในการรับประทานเข้าปาก การเลือกช้อน ส้อม ที่สามารถจับถือให้สะดวก ระวังอาหารที่ร้อนจัดเนื่องจากอาจลวกปากได้ ปรับเวลาการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการหลับการตื่นของผู้ป่วย

- การทำความสะอาดร่างกาย จัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ ใช้อุปกรณ์ที่สะดวกและคุ้นเคย กำหนดเวลาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ระวังอุณหภูมิน้ำร้อนหรือเย็นเกินไป พื้นห้องน้ำระวังเรื่องการลื่นหกล้ม

- การแต่งตัว ควรให้เลือกเครื่องแต่งกายเองจนกว่าจะไม่สามารถทำเองได้ ถ้าใส่เสื้อผ้าไม่ถูกต้อง ให้ดูรูปถ่ายการใส่เสื้อผ้าที่ถูกต้อง และให้การช่วยเหลือ ผู้ดูแลจัดเตรียมเสื้อผ้าที่สะดวกในการสวมใส่

- การขับถ่าย ปรับแต่งห้องน้ำให้สะดวกในการใช้งาน แสงสว่างเพียงพอ พื้นแห้ง ถ้ากลิ่นปัสสาวะไม่ได้อาจต้องใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปห้องน้ำตามเวลาหรือกำหนดเวลาในการเข้าห้องน้ำเป็นระยะ

- การเคลื่อนไหว ไม่จำกัดการเคลื่อนไหว และอาจใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีที่เดินเองลำบาก คอยเฝ้าระวังอยู่ห่างๆ ป้องกันอุบัติเหตุ

- การส่งเสริมสุขภาพ เลือกอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ และควบคุมน้ำหนักหรือประเมินน้ำหนักเป็นระยะ กระตุ้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การเดินนานครั้งละ 30 นาทีวันละ 3 ครั้งจะทำให้

ผู้ป่วยพลีและหลับง่ายในตอนกลางคืน เวลานอนควรปิดไฟเพื่อให้หลับ ให้เปิดไฟให้สว่างในเวลา กลางวัน พาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการเข้าสังคมเป็นระยะตามสมควร

3.2 การดูแลด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมี อารมณ์ที่แปรปรวนอย่างรวดเร็ว อาจจะกร้าวร้ายและโกรธ เกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีใน สมอง และจากการสูญเสียความจำและไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่สามารถใช้คำพูดได้อย่าง เหมาะสมจึงทำให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอารมณ์ที่แปรปรวน ผู้ให้การดูแลต้องจัด สิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย เวลาพูดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องพูดช้าๆ ชัดเจน ไม่ให้ทางเลื้อย กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากไปเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถตัดสินใจได้ ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโกรธ หรือตะโกน อาจจะหาของว่างให้รับประทาน หรือ อาจพาไปเที่ยวเปลี่ยนสถานที่ซึ่งจะทำให้สงบ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องมีอารมณ์ที่สงบนิ่ง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; www.agingthai.org, 2009)

3.3 การดูแลด้านการสูญเสียความทรงจำ การสูญเสียความทรงจำเป็น อาการที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยจำเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ไม่ได้ ทำให้ ดูเหมือนคนชอบบ่น ลืมนัดหมาย เนื่องจากลืมนัดหมายว่าได้เห็น ได้พูด ได้ทำอะไรลงไปบ้าง จำสถานที่ ที่คุ้นเคยและบุคคลต่างๆไม่ได้ ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ตัวอย่างคำแนะนำ เช่น ใช้ปฏิทินขนาดใหญ่ติดไว้ในที่ที่มองเห็นชัดเจน กากบาททับตัวเลขวันที่ของ แต่ละวันที่ผ่านไป ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ทำด้วยตัวเองหรือผู้ดูแลช่วยทำ คอยย้ำให้ทราบว่าวันนี้เป็นวันอะไร วันที่อะไร เดือนอะไร และปีอะไร หรืออาจแนะนำให้ใช้สมุด พกเพื่อบันทึกการนัดหมายและเหตุการณ์ต่างๆเอาไว้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; www.agingthai.org, 2009)

3.4 การดูแลด้านพฤติกรรมผิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีเพียง บางคนเท่านั้นที่จะมีพฤติกรรมผิดปกติ แต่พฤติกรรมที่พบบ่อย เช่น เปลื้องเสื้อผ้า พฤติกรรมเหล่านี้ เป็นผลมาจากผู้สูงอายุตีความการสื่อสารผิดและหลงลืม ผู้ดูแลไม่ควรปล่อยให้ทำโดยไม่ห้ามปราม ควรพยายามทำความเข้าใจสาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการแปลความหมายผิดๆ หรือเป็น อาการปฏิกิริยาถูกละเมิดของคนที่ภาวะสมองเสื่อม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; www.agingthai.org, 2009)

3.5 การดูแลด้านพฤติกรรมกร้าวร้าย อาจเป็นผลมาจากผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมรู้สึกว่าคุณข่มขู่ หรือมีความหวาดระแวง อาจรู้สึกหงุดหงิด ถ้าหาอะไรไม่พบหรือ อาจจำไม่ได้ว่ากำลังถูกพาไปไหน ผู้ดูแลต้องระมัดระวังเก็บสิ่งของให้เข้าที่ให้เรียบร้อยอยู่เสมอ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องการคำอธิบายอย่างช้าๆ ว่าเกิดอะไรขึ้น ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง

เสื่อมไว้วายผู้ดูแลควรอธิบายในสิ่งที่กระทำอย่างนุ่มนวล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; www.agingthai.org, 2009)

3.6 การดูแลปัญหาการหลงทาง อาจเกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดถึงกิจกรรมที่เคยทำในอดีตเป็นประจำ เช่น การไปสนทนากับเพื่อนบ้าน การพาสุนัขออกไปเดินเล่น ตามเวลาที่เคยไป หรือมองหาสถานที่ เช่น ร้านที่เคยไปแต่ปิดให้บริการไปแล้ว หรืออาจพยายามที่จะออกไปทำงานนอกบ้าน ทั้งที่เกษียณอายุไปหลายปีแล้ว อาจช่วยได้โดยพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลับมาสู่เวลา สถานที่แห่งความเป็นจริง หรือเบี่ยงเบนความสนใจโดยให้มีกิจกรรมทำ ถ้าบริเวณบ้านมีส่วน ควรดูแลประตูสวนปิดแน่นหนาเพื่อป้องกันไม่ให้ไปเดิน ในที่ๆ ไม่ปลอดภัยได้ อาจจะต้องเขียนชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ผู้ติดต่อได้ใส่ในกระเป๋าเสื้อ ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องไปทำธุระนอกบ้าน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; www.agingthai.org, 2009)

3.7 การดูแลด้านความปลอดภัย ควรจัดบ้านให้ปลอดภัย เช่น เรื่องแสงสว่าง เก็บข้าวของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ระวังเรื่องของมีคม ไฟฟ้า เตาหุงต้ม พื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าหรือรองเท้าที่เหมาะสม ส่วนในรายที่จำเป็นต้องให้อยู่คนเดียวที่บ้านในเวลากลางวันอาจจะมีป้ายชื่อ ที่อยู่ หรือที่ติดต่อติดไว้ที่เสื้อ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากบ้านเอง หรือแจ้งเพื่อนบ้านและชุมชนให้ทราบเกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อช่วยดูแล และป้องกัน การหลงทาง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549)

3.8 แนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เวลาพูดต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้ยินและคลเคลียงรอบข้างที่รบกวน ลักษณะการพูดมีดังนี้ พูดจา นุ่มนวล ชัดถ้อยชัดคำ และพูดช้าๆ ใช้คำพูดหรือประโยคสั้นๆ ง่ายๆ พูดหรือถามทีละคำถาม ทีละประโยค อาจต้องมีการแสดงท่าที การชี้ประกอบเพื่อช่วยในการสื่อสารในรายที่มีปัญหาในการใช้คำ ชื่อของสิ่งของหรือบุคคล ให้ใช้คำหลากหลายให้เลือก ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโกรธควร เงียบๆ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2549)

ส่วนที่ 2. คุณภาพชีวิต (Quality of life)

2.1 แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต

ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2535 ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และชีวิต “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

นรวิทย์ พุ่มจันทร์ (2548) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเกิดขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพ เมื่อปี ค.ศ. 1948 ว่าเป็นภาวะที่มีความผาสุกของสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและสังคม และการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมว่า เป็นความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ใน 5 องค์ประกอบ คือการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่จำเป็นในแต่ละวัน การทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้านได้เป็นอย่างดี ความสามารถในการดูแลภาวะสุขภาพ การสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม และสถานะทางอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล มีชีวิตที่มีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้อย่างมีความสุข

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Logsdon and Albert (1999) กล่าวว่าประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเมินทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อนบ้าน สังคม และด้านความจำ

ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่จำเป็นในแต่ละวันได้
2. การทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้านได้เป็นอย่างดี
3. ด้านสถานะสุขภาพ การจัดการกับความเจ็บป่วย และการดูแลภาวะสุขภาพ เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารและยาเป็นต้น
4. การสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม
5. ด้านวิธีคิดทั้งเชิงบวกหรือลบ คือการแสดงออกมาทางสีหน้าท่าทางหรือพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้

องค์การอนามัยโลก อธิบายว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; www.dmh.go.th, 2552)

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยใคร หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถ ในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน ว่าง เป็นต้น

สรุปได้ว่าการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการมีชีวิตที่มีความสุขทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยการมีสุขภาพกายดี ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ความสามารถจัดการด้านอารมณ์และจิตใจ ปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตดังนี้ (วรรณ สาธารณ, 2542)

1. ด้านวัตถุพิสัย (objective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อาหาร อาศัย และการทำหน้าที่ต่างๆ ตามบทบาท หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ

2. ด้านจิตพิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจที่การรับรู้ต่อคุณค่า และความหมายของชีวิต

จากแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตข้างต้น สรุปได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ในเชิงวัตถุพิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ คือ สามารถมองเห็นได้ ซึ่งจากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 5 ด้านที่สอดคล้องกับโรคสมองเสื่อม ดังนี้

1. ด้านร่างกายพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น เช่น ภาวะสุขภาพ พลังงานความสามารถในการทำหน้าที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ คือ ภาวะทางอารมณ์ ประเมิน อารมณ์โกรธ โมโห ก้าวร้าว

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคม ประเมินจากการทำกิจกรรมกับครอบครัว การทำกิจกรรมนอกบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ประเมินจากอันตราย สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มการประเมินด้านความจำ ซึ่งเป็นตัวชี้บ่งเกี่ยวกับระดับของโรคและเป็นผู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

5. การประเมินด้านความจำ เนื่องจากความจำส่งผลต่อความสามารถในการคิด การรับรู้ ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การประเมินเชิงวัตถุพิสัยวัดได้ เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.4 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับ 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) พัฒนาจากฉบับ 100 ข้อ เพื่อความกระชับและสะดวกในการใช้งาน ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากผู้ถูกประเมินมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, www.dmh.go.th, 2552) ประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึง

ความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

หมวดที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

Logsdon (1996) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มีทั้งหมด 13 ข้อคำถามซึ่งเกี่ยวกับ สุขภาพกาย ผลกำลัง อารมณ์ ชีวิตความเป็นอยู่ ความจำ ครอบครัว ชีวิตคู่ การแต่งงาน เพื่อน ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการกับสังคม การเงิน ความสุขในชีวิต ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ แย่ พอใช้ ดี ดีมาก

จากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิต และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต การประเมิน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มาเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของลูกสี่คนมาปรับปรุงข้อความให้เข้ากับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไทย โดยคงข้อความ 13 ข้อ มีข้อความเกี่ยวกับ สุขภาพร่างกาย พละกำลังหรือเรี่ยวแรง สภาวะทางอารมณ์ ชีวิตความเป็นอยู่ที่บ้าน ความจำ ชีวิตครอบครัว ชีวิตโสดหรือชีวิตคู่ การแต่งงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในบ้านหรือสิ่งที่เคยทำ ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่นหรือสังคม สภาวะทางการเงิน ชีวิตความเป็นอยู่โดยรวม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ไม่ค่อยดี ไม่ดีเลย

ส่วนที่ 3 แนวคิดเชิงนิเวศน์ (Ecological Model)

3.1 ความหมายของ Ecology

Oosting (1956) อธิบายว่า Ecology คือการศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับปัจจัยแวดล้อมทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต (Sallis, J. & Owen, N., 2002)

McLeroy และคณะ (1988) ให้ความหมายนิเวศน์ทางพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological Models of Health Behavior) ว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ (Sallis, J. & Owen, N., 2002)

Stokols (1996) ให้นิยาม Ecology ว่าเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม

3.2 ระดับของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพตามแนวคิด Ecological Model

The work of Urie Bronfenbrenner (1979) อธิบายถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมี 3 ระดับ ได้แก่ Microsystem คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลรอบข้างในบริบทที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สังคมรอบข้างที่รู้จักคุ้นเคยกันดี เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน Mesosystem คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบริบทที่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน Exosystem คือความสัมพันธ์ของบุคคลกับวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี นโยบายสาธารณะ เศรษฐกิจ

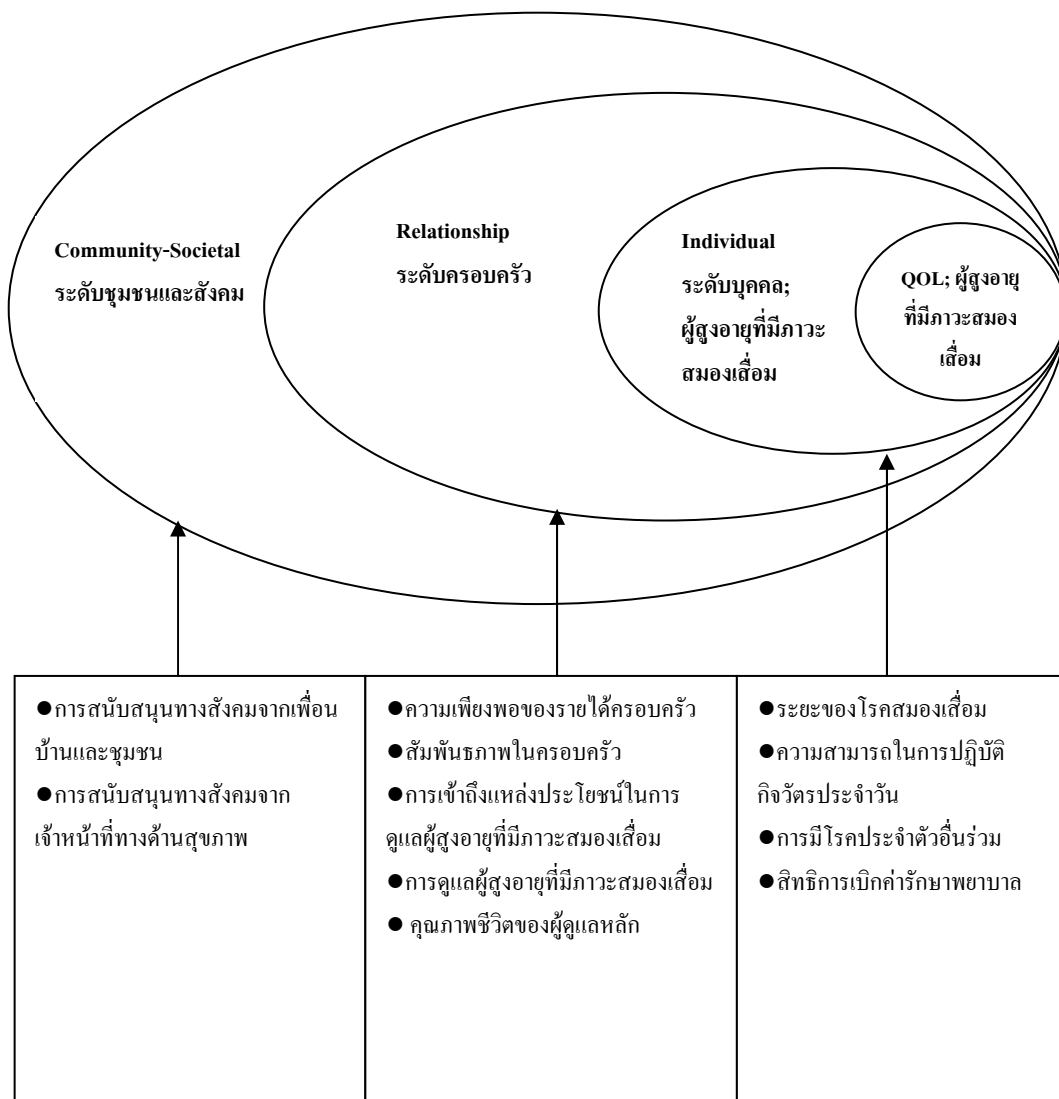
Rudolph (1980) อธิบายเกี่ยวกับแบบแผนนิเวศน์ว่าประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพของบุคคล ปัจจัยด้านหน่วยงานหรือองค์กร ได้แก่ สถานที่ทำงาน โรงเรียน โบสถ์หรือวัด ปัจจัยด้าน

สังคมมนุษย์ ได้แก่ ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ

James and Neville (2002) อธิบายว่า Ecological models of health behavior แบ่งระดับของปัจจัยออกเป็น 5 ระดับ คือ ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) ปัจจัยระหว่างบุคคลและบุคคลใกล้ชิด (Interpersonal processes and primary groups) ปัจจัยด้านสถาบัน ประเพณี (Institutional factors) ปัจจัยด้านชุมชน (Community factors) และปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะ (Public policy) ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ (อ้างใน Sallis, J. & Owen, N., 2002)

WHO (2005) อธิบายระดับของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลออกเป็น 4 ระดับ คือ Individual factors ปัจจัยภายในบุคคล คือ ประวัติส่วนบุคคล ปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรมของบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งผลกับบุคคลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง Relationship factors ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ ความสัมพันธ์กับบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคคลรอบข้างที่รู้จัก Community factors ปัจจัยด้านชุมชน คือ บริบทชุมชนที่มีความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น โรงเรียน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน Societal factors ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนด้านสังคม เศรษฐกิจ นโยบายของภาครัฐ รวมถึงสังคมวัฒนธรรม ประเพณี (<http://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/2010>)

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับเชิงนิเวศน์วิทยาที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม และในด้านการเกิดพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต และสิ่งแวดล้อมเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องประเมินตั้งแต่ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยระหว่างบุคคลคือปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก และปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับแนวคิดเชิงนิเวศน์ที่ผู้วิจัยกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2.1 Ecological model for understanding quality of life of older person with dementia

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยเชิงปริมาณดังต่อไปนี้

จันทิมา เย็นสุขใจ (2536) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการให้แรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางสมองเสื่อมของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแสดงว่าความบกพร่องในด้านความจำ การตั้งใจในการคำนวณ การใช้ภาษาและการเปรียบเทียบเชิงนามธรรมดีขึ้น

ปริญญช เทียมดาว (2540) ศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังให้คำปรึกษาแบบกลุ่มน้อยกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รัชฎา รักขนาม (2543) ศึกษาสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนักสร้างความเครียดในการดูแล ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล และสิ่งที่ต้องการคือความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล เครือข่ายที่จะให้การช่วยเหลือในการดูแล หรือภาครัฐบาลจัดให้มีการรับดูแลในตอนกลางวันที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

วรรณิกา บุญระยอง (2543) ศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มค่าใช้จ่าย ครอบคลุมเวลาส่วนตัวของผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เพิ่มความเครียด ครอบครัวต้องการให้หน่วยงานที่รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล โดยรับฟังปัญหา ให้ระบายความรู้สึก แนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้ญาติคนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมกันแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2546) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดปัญหาทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้ดูแล อยากให้ญาติคนอื่นมาร่วมดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม บุคคลทางการการแพทย์มีเวลาน้อยในการไปตรวจตามนัดแต่ละครั้ง ควรมีสื่อหรือหนังสือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และเมื่อนำปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องโรค การปรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจและสะท้อน

การปฏิบัติ และการโทรศัพท์เยี่ยมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนพบว่าทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน

ฉวีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2547) ศึกษาผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดทั้งปัจจัยทางลบคือ ไม่มีเวลาส่วนตัว มีหลายบทบาท รู้สึกผิดเมื่อต้องขัดแย้งกับผู้ป่วย และปัจจัยทางบวก มีความเต็มใจในการดูแล ความรักความผูกพัน สัมพันธภาพที่ดี การเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการทำงาน เกิดปัญหาสุขภาพทางกายที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับญาติที่ไม่ได้ดูแล มีภาวะซึมเศร้า สิ่งที่ผู้ดูแลต้องการคือ การได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การหาแหล่งสนับสนุนในการดูแล การดูแลด้านจิตใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งรูปแบบในด้านการให้การดูแลอาจจัดในรูปการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดกิจกรรมครอบครัวบำบัด และบริการเพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

จริยา ชำรัมย์ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าในบทบาทของผู้ดูแลอยากให้แพทย์พยาบาลที่รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมแจ้งถึงการดำเนินของโรคผู้ป่วยเป็นระยะ และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อเตรียมรับกับการสูญเสีย และการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดการสูญเสียและให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นร่วมเป็นกำลังใจแก่ผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่าเมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และยังส่งผลต่อผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดหลัง เกิดความเครียด ความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล เกิดความรู้สึกลำบากใจ ขัดแย้งในใจตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแล เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และพบว่าครอบครัวมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลและแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การให้บริการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ เปิดบริการรับดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วงกลางวัน การให้สังคมหรือชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือการจัดกลุ่มสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งเชื่อว่าเมื่อได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังกล่าวจะทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการบริการที่ทั่วถึง แล้วคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใด

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

พัชนี นักรา (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และการประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธี Time Trade Off และศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 30.8 และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตจะลดลง ด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยและความเพียงพอของรายได้ พบว่าเมื่อรายได้ครอบครัวเฉลี่ยมากขึ้นคุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้นตาม คะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้นคุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้นตาม

นรวิทย์ พุ่มจันทร์ (2548) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพครอบครัว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความรุนแรงของอาการทางจิต

ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสร้างขึ้นโดยปรับปรุงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ของ Spitzer แบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน ด้านการกระทำกิจกรรมต่าง ด้านภาวะสุขภาพ ด้านการได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุน ด้านวิถีคิด พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ แหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ดูแล อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมต่างๆ และภาวะสุขภาพ

Li Huang, Yeh Chang, Hung Tang, Chen Chiu and Chueh Weng (2008) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในมุมมองของผู้ป่วยเองและผู้ดูแลที่ประเทศไต้หวัน เมืองไทเป ทำการศึกษาแบบ cross-sectional survey ในช่วงเดือน เมษายน – ธันวาคม 2006 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน และผู้ดูแล พบว่าเมื่อผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลประเมิน

Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri. (1999) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ทุกระยะของโรคใน The National Institute of Neurological and Communicative Disease and Stroke and Alzheimer's disease ในเมืองวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์อยู่ในระดับปานกลาง พบว่าสมรรถภาพสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม

จากการศึกษาของ Matsui, Nakaaki, Murata, Sato, Shinagawa, Tatsumi and Furukawa (2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มต้นและระยะกลางของโรค พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ สมรรถภาพสมอง ปัจจัยด้านอารมณ์ ปัจจัยทางจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่ามีทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ ภาวะสุขภาพกายและจิต อารมณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้ในการดูแลตนเอง ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และปัจจัยระดับชุมชนสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับบริการจากหน่วยงานต่างๆในปัจจุบัน และมาติดตามการรักษาย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในสังกัดของรัฐ

4.3 งานวิจัยตามแนวคิดของ Ecological Model

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์และคณะ (2551) อธิบายว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในเด็กและเยาวชน ประกอบด้วยปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพของบุคคล ความเจ็บป่วยทางจิตหรือการใช้สารเสพติดของผู้กระทำความรุนแรง ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของคน โครงสร้างและบทบาทของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก การเรียนรู้ในครอบครัวและสังคม (Socialization) และปัจจัยระดับสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ โครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการเกิดความรุนแรง เช่น ความไม่เป็นธรรม โครงสร้างทางสังคมที่ชายเป็นใหญ่ ปัญหาช่องว่างทางวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงแนวคิดทางวัฒนธรรม ประเพณีนิยมที่ยอมรับความรุนแรง เป็นต้น

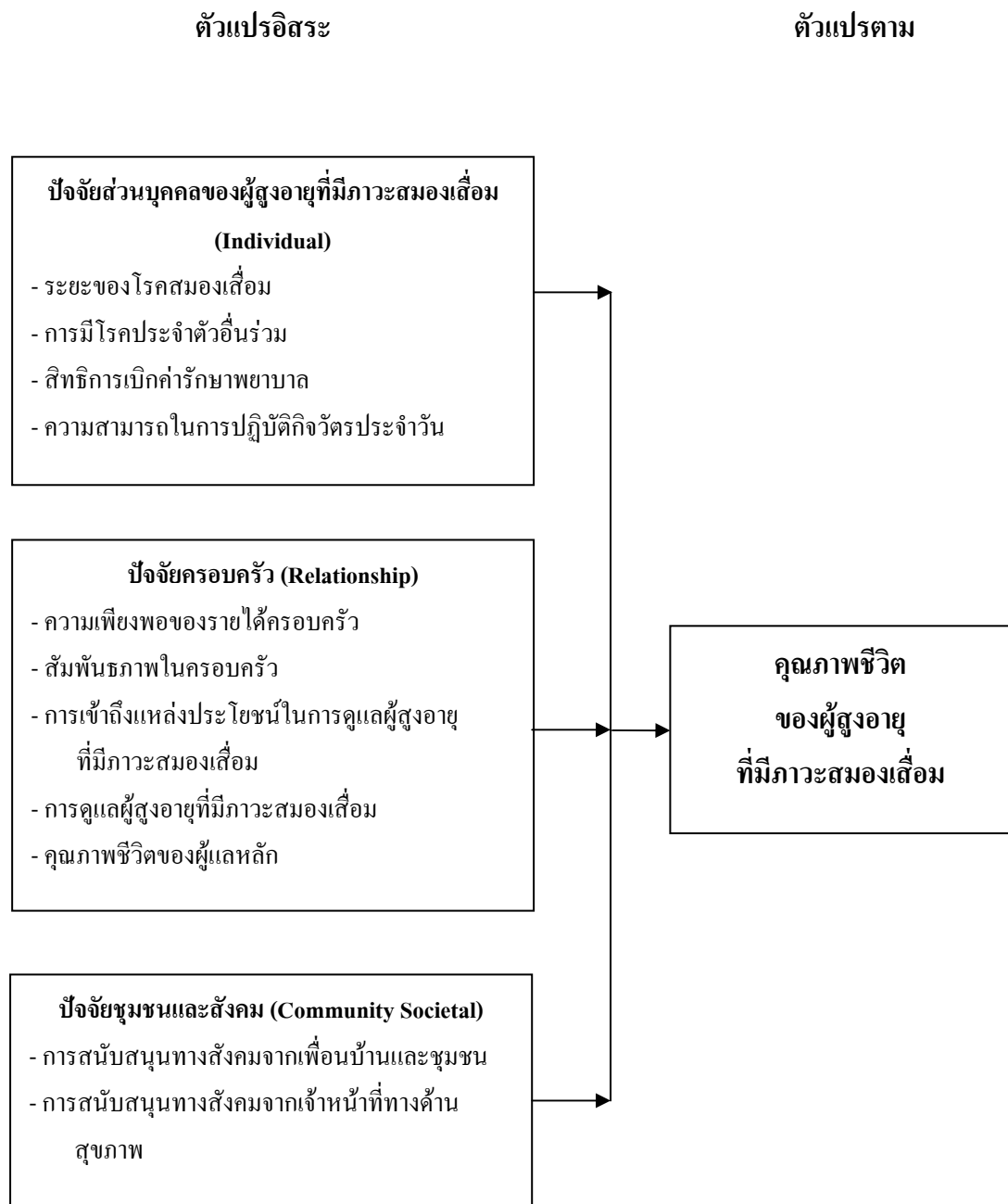
Ricardo (2004) อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของเด็กตามแนวคิดของ ecological ว่า เกิดจากปัจจัยภายในตัวเด็ก ซึ่งเกี่ยวกับกายภาพทางร่างกาย ปัจจัยระดับ Microsystems คือ ครอบครัว ที่เกิดจากการเลี้ยงดู แบบอย่างจากพ่อแม่ ความสัมพันธ์ของเด็กกับคนในครอบครัว ปัจจัยระดับ Chronosystem คือความสัมพันธ์ของเด็กกับบุคคลรอบข้างในระดับชุมชน เช่น บุคคลในครอบครัวคนอื่นๆ เพื่อนบ้าน ครูหรือเพื่อนที่โรงเรียน ปัจจัยระดับ Macrosystem คือ สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ เช่น โครงสร้างของสังคม สังคมวัฒนธรรม ประเพณี นโยบายของภาครัฐ สิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย

4.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบต่อครอบครัวเมื่อมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายในครอบครัว และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น จะพบว่าเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลด้วย การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องให้การช่วยเหลือผ่านครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร่องในเรื่องความจำและการเรียนรู้ จากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การให้บริการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ เปิดบริการรับดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวัน การให้สังคมหรือชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการดูแลผู้ป่วย จึงได้ก่อตั้งหน่วยงานที่ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น และมีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงการช่วยเหลือของชุมชนและสังคมจะช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น และให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ได้ แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด ซึ่งปัจจุบันมีระบบการให้การดูแลและช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อม สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเชิงนิเวศน์ (Ecological model) มาเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยชุมชนและสังคม

งานวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งปัจจัยที่จะศึกษาออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดเชิงนิเวศน์ ดังนี้ ปัจจัยระดับบุคคล คือปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ปัจจัยระดับชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ และการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครอบคลุมในเรื่องสุขภาพร่างกาย พละกำลังหรือเรี่ยวแรง สภาวะทางอารมณ์ ชีวิตความเป็นอยู่ที่บ้าน ความจำ ชีวิตครอบครัว ชีวิตโสดหรือชีวิตคู่การแต่งงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านหรือสิ่งที่เคยทำ ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่นหรือสังคม สภาวะทางการเงิน ชีวิตความเป็นอยู่โดยรวม จากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้นำมาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบบริการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อคงซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



แผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analytic research)

ส่วนที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันประสาทวิทยา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม และญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาติดตามการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนกันยายน – เดือนธันวาคม 2553 และผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
3. อยู่ในระยะแรก และระยะกลางของโรคสมองเสื่อม
4. สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลหลักหรือผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
4. สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกรายการตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ต้องการให้สัมภาษณ์ หรือต้องการออกจากการวิจัยในระหว่างทำการสัมภาษณ์

2.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมาติดตามการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารักษ์ดี และสถาบันประสาทวิทยา โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ค่าเฉลี่ยงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ (อรุณ จิรวรรณกุล, 2551)

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 \sigma^2}{e^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด ณ $\alpha / 2$ ซึ่งเท่ากับ 0.025 คือ 1.96

σ_x^2 = ความแปรปรวนของตัวแปร x ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้จากงานวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ของ ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) ซึ่งมีค่า SD เท่ากับ 0.68

e = ความกระชับของการประมาณค่า (Precision of the estimation) กำหนดให้เท่ากับ 5% ของค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยดังกล่าวค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

$$\text{เท่ากับ } 2.34 \text{ จะได้ } e \text{ เท่ากับ } \frac{5 \times 2.34}{100} = 0.117 \%$$

จากสูตรการคำนวณ ได้ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.68^2}{0.117^2} = 129.76 = 130 \text{ คน}$$

จากการคำนวณซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมาได้กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 130 คน เพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 30% ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 170 คน

2.4 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 เลือกสถานที่ที่ทำการศึกษแบบเฉพาะเจาะจง

โรงพยาบาลรามารับดี เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาโรคต่างๆ จากแพทย์เฉพาะทางรวมทั้งภาวะสมองเสื่อม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ สังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล สังกัดสำนักงานอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ มีการจัดกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกเดือน ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาที่คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความจำ ซึ่งให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำเสื่อมโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

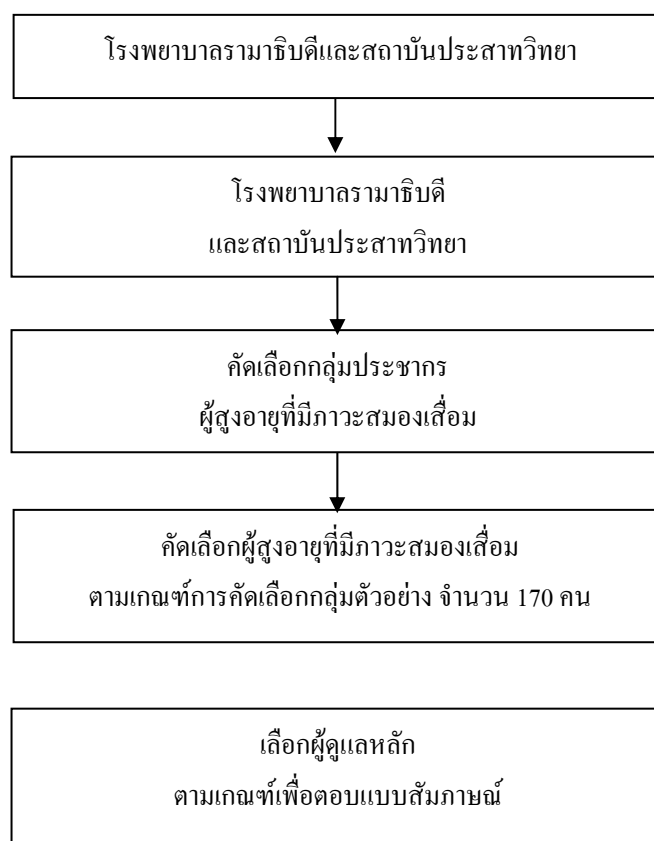
สถาบันประสาทวิทยา เนื่องจากเป็นสถาบันโรคเฉพาะทาง โดยเฉพาะด้านประสาทวิทยาและจิตเวช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และมีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในเรื่องต่างๆ แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มาตรวจ ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาที่คลินิกความจำซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยการสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน ก่อนผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน

คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อมโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ระบุในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 คัดเลือกผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์เพื่อตอบแบบสัมภาษณ์
คัดเลือกจากผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด



แผนภูมิที่ 3.1 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 4 หมวด ดังนี้

- หมวดที่ 1 แบบวัดข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- หมวดที่ 2 แบบวัดข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและครอบครัว
- หมวดที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน
- หมวดที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

หมวดที่ 1 แบบวัดข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา การศึกษา อาชีพ สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ระยะของโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัวอื่น ประวัติการหลงลืมของญาติสายตรง ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง และมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์จากแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีเอดีแอล (Chula ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเรื่อง ความสามารถในการเดิน การเตรียมอาหารเพื่อรับประทาน การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะและการทำความสะอาด หลักการขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินทางออกนอกบ้าน การแลกเงินทอนเงินหรือการคิดคำนวณ การวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย
- 2 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้โดยมีผู้ช่วยเหลือหรืออุปกรณ์ช่วย
- 3 คะแนน สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้โดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 7 – 21 คะแนน แปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้

15 – 21 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองระดับดี

13 – 16 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองระดับพอใช้

7-12 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองระดับไม่ดี

หมวดที่ 2 แบบวัดข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความพึงพอใจของรายได้ครอบครัว ลักษณะของข้อคำถามเป็นตัวเลือกให้เลือกตอบ หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยประยุกต์จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ซึ่งเป็นแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เป็นจริงมาก หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน
มากหรือเกิดขึ้นเป็นสม่ำเสมอ

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน
ปานกลางหรือเกิดขึ้นพอประมาณแต่
ไม่สม่ำเสมอ

เป็นจริงน้อย หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน
เป็นส่วนน้อยหรือนานๆ ครั้งจึงเกิดเหตุการณ์
ขึ้น

ไม่เป็นจริง หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นในครอบครัว
ของท่านเลย

การให้คะแนนแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวให้คะแนนดังนี้

		ข้อความที่มีความหมาย	ข้อความที่มีความหมาย
		ทางบวก	ทางลบ
เป็นจริงมาก	ให้	4 คะแนน	1 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้	3 คะแนน	2 คะแนน
เป็นจริงน้อย	ให้	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เป็นจริง	ให้	1 คะแนน	4 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 10 – 40 คะแนน แปลผลสัมพันธภาพในครอบครัวดังนี้

คะแนน 31 - 40 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

คะแนน 21 – 30 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในพอใช้

คะแนน 10 – 20 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดการแสวงหาความรู้ ทรัพยากรต่างๆ ที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว เช่น การเข้าถึงแหล่งความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมอบรมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาล เป็นการประเมินการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ว่ามีความถี่บ่อยแค่ไหน จำนวน 5 ข้อ โดยใช้แบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้งเมื่อมีโอกาสในการปฏิบัติ
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้งเมื่อมีโอกาสในการปฏิบัติ
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆ ครั้งเมื่อมีโอกาสในการปฏิบัติ
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยแม้มีโอกาสในการปฏิบัติ

การให้คะแนนแบบวัดการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

เป็นประจำ	ให้	4	คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้	3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	ให้	2	คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 5 – 20 คะแนน แปลผลการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นความตั้งใจในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ดังนี้

คะแนน 16 - 20 คะแนน	หมายถึง	ความตั้งใจในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์อยู่ในระดับมาก
คะแนน 11 – 15 คะแนน	หมายถึง	ความตั้งใจในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์อยู่ในระดับพอใช้
คะแนน 5 – 10 คะแนน	หมายถึง	ความตั้งใจในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบวัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การเดินทาง การชลอความเสื่อมของสมอง เป็นต้น โดยมีข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ ทุกครั้ง หรือ ทุกวัน
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้งแล้วแต่โอกาส
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

การให้คะแนนแบบวัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

		ข้อความที่มีความหมาย	ข้อความที่มีความหมาย
		ทางบวก	ทางลบ
เป็นประจำ	ให้	3 คะแนน	1 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน	3 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14- 42 คะแนน แปลผลระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

33 -42 คะแนน หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ
ครอบครัวอยู่ในระดับดี

23 -32 คะแนน หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ
ครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้

14 – 22 คะแนน หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ
ครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก ฉบับ 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้าน
จิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า
(Rating scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมาก
ที่สุด รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้
สึกดี

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจ
ระดับกลางๆ หรือ รู้สึกแยระดับกลางๆ

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้น
เล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก
หรือรู้สึกแย่มาก

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก		ข้อความที่มีความหมายทางลบ	
มากที่สุด	ให้	5 คะแนน	1	คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน	3	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน	4	คะแนน
ไม่เลย	ให้	1 คะแนน	5	คะแนน

คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 26- 130 คะแนน แปลผลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ดังนี้		
คะแนน 96 – 130 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
คะแนน 26 – 60 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับที่ไม่ดี

หมวดที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนเป็นแบบประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมสำหรับมารดาเด็กโรคหอบหืด ของ ศิริกาญจน์ เอกศิริไตรรัตน์ (2543) ร่วมกับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ คือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน จำนวน 5 ข้อ และระดับทุติยภูมิ คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับดังนี้

เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับมากที่สุด
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับปานกลาง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเล็กน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเลย

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เป็นจริงส่วนมาก	ให้	4 คะแนน	1 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้	3 คะแนน	2 คะแนน
เป็นจริงเล็กน้อย	ให้	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้	1 คะแนน	4 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12 – 48 คะแนน การแปลผลการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้
 คะแนน 36 - 48 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก
 คะแนน 25 - 36 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
 คะแนน 12 – 24 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

จำแนกรายด้าน ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน

คะแนน 16 – 20 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก
 คะแนน 11 - 15 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
 คะแนน 5 – 10 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

คะแนน 22 - 28 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก
 คะแนน 15 - 21 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
 คะแนน 7 – 14 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

หมวดที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแปลและประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Logsdon (1996) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และความจำ และมีผู้นำมาใช้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น และได้หวน ผู้วิจัยจึงนำประยุกต์ใช้เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ดีมาก หมายถึง มีความรู้สึกดีมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์
 ดี หมายถึง มีความรู้สึกดีหรือรู้สึกพอใจในระดับกลางหรือก่อนไปทางดีมาก
 ไม่ค่อยดี หมายถึง มีความรู้สึกเล็กน้อย หรือรู้สึกไม่ค่อยจะดี หรือก่อนไปทางไม่ดี
 ไม่ดีเลย หมายถึง มีความรู้สึกไม่ดีเลย หรือรู้สึกแย่มาก

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

ดีมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ดี	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่ค่อยดี	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ดีเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 13 – 52 คะแนน การแปลผลคุณภาพชีวิตดังนี้

40 – 52 คะแนน	แสดงถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี
27 – 39 คะแนน	แสดงถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
13 – 26 คะแนน	หมายถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าหนังสือ ตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัด และขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ แล้วสร้างแบบ วัดโดยการประยุกต์ทฤษฎีมาใช้ และนำแบบวัดที่มีการพัฒนามาแล้วมาใช้
3. หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบ สัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ภาษา และ นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ จิตแพทย์ อาจารย์ พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้จัดทำกลุ่มสัมพันธ์กับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง เสื่อม ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำผลการ ตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้
4. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่มี ความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับ การตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 15 คน และ คลินิกความจำของสถาบันประสาทวิทยา 5 คน รวม 25 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่

จะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บจริงเพื่อประเมินความเข้าใจในคำถาม และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์ค่าความคงที่ภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบวัดที่มีคำตอบเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช จากการทดลองเครื่องมือดังนี้

4.1 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.76

4.2 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.88

4.3 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว ค่า Cronbach's Alpha = 0.64

4.4 แบบวัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.74

4.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.84

4.6 แบบวัดการสนับสนุนของสังคมและชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.69

4.7 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิด ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) = 0.83

ส่วนที่ 5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอเรื่องถึงคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยครั้งนี้ หนังสืออนุมัติเลขที่ 2553/252 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสืออนุมัติเลขที่ สธ 0313 (12500) 2.151 จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา

2. ทำหนังสือถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก

3. ทำหนังสือขออนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ในการเก็บข้อมูลจากคลินิกผู้สูงอายุ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ในการเก็บข้อมูลจากคลินิกความจำ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช และหัวหน้าโครงการศูนย์วิจัยวิจัยด้านความรู้และร่วมรักษา ในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับการตรวจสมองด้วยเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สำหรับการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าหน่วยตรวจคลินิกความจำ ในการเก็บข้อมูลที่คลินิกความจำ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา

4. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยตรวจที่ทำการเก็บข้อมูล ของโรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา

5. ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นจากแฟ้มผู้ป่วยเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนวันที่จะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการสัมภาษณ์เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้ตามเกณฑ์ แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนทำการสัมภาษณ์ และชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และทำการสัมภาษณ์จนครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจจากแพทย์และรอรับบัตรนัดตรวจครั้งต่อไป และขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อสัมภาษณ์เพิ่มในกรณีที่สัมภาษณ์ไม่ครบถ้วน ตามความสมัครใจของผู้ให้สัมภาษณ์ พื้นที่ในการสัมภาษณ์เป็นห้องแยกหรือเป็นพื้นที่ที่ห่างจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นในระดับที่บุคคลอื่นไม่ได้ยินบทสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์โดยเฉลี่ย 15 – 30 นาที

7. ขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจัดผู้ช่วยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลงทางหรือสูญหาย

8. ผู้วิจัยเก็บแบบสัมภาษณ์ไว้ในที่ปลอดภัย และนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

9. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และไม่นำข้อมูลหรือความลับของกลุ่มตัวอย่างไปเปิดเผยหรือเสนอผลวิจัยเป็นรายบุคคล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เข้ารับการตรวจพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล(หนังสืออนุมัติเลขที่ 2553/252) และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา (หนังสืออนุมัติเลขที่ สร 0313 (12500) 2.151) เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมและบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้ยินยอมให้ทำการวิจัย เฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ ทั้งสิ้น

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การเตรียมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องอีกครั้ง และนำข้อมูลไปเก็บบันทึก แล้วนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Statistics)

2.1 อธิบายความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน บ้านและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่ทีม บริการทางด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรที่มีระดับการวัดประเภทกลุ่ม 2 กลุ่ม และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน มีระดับการวัด ในลักษณะมาตราช่วงหรืออันดับ

2.2 หาค่าความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งมีการเลือกตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ในแต่ละขั้น เริ่มจากขั้นที่ 1 จนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุดตามลำดับ

2.3 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analytic research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม ที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 120 คน และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 50 คน รวมจำนวนทั้งหมด 170 คน มีแบบวัดที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 170 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษา อาชีพ
2. ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยชุมชนและสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) ปัจจัยครอบครัว (ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก) ปัจจัยชุมชนและสังคม (การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ) กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 6 สัมประสิทธิ์ถดถอย ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม ที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 7 สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=170)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	112	65.9
ชาย	58	34.1
อายุ		
80 ปีขึ้นไป	69	40.6
70 – 79 ปี	76	44.7
60 – 69 ปี	25	14.7
($\bar{X}$ = 77.24, SD = 6.90, Min = 60 ปี, Max = 93 ปี)		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล
(n=170) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	95	55.9
หม้าย	67	39.4
โสด	5	2.9
หย่า/แยก	3	1.8
ระดับการศึกษา		
สูงกว่าปริญญาตรี	5	2.9
ปริญญาตรี	25	14.7
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	18	10.6
มัธยมศึกษา	24	14.1
ประถมศึกษา	87	51.2
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	6.5

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 65.9 เพศชายร้อยละ 34.1 มีอายุ 70 – 79 ปีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคืออายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.6) และช่วงอายุ 60 – 69 ปี พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.7) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 77.24 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.9 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 39.4) และประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 14.7) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 14.1)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบุคคล ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=170)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะของโรคสมองเสื่อม		
ระยะแรก (mild)	98	57.6
ระยะที่สอง (moderate)	72	42.4
ชนิดของโรคสมองเสื่อม		
อัลไซเมอร์	78	45.9
สมองเสื่อมชนิดอื่น	70	41.2
อัลไซเมอร์ร่วมกับสมองเสื่อมชนิดอื่น	22	12.9
การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม		
มีโรคประจำตัวอื่นร่วม	125	73.5
* กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบหรือตัน โรคหลอดเลือดสมอง)	108	63.5
กลุ่มโรคกระดูกและข้อ (ข้อเสื่อม กระดูกพรุน เกาต์)	15	8.8
กลุ่มโรคระบบปัสสาวะ (โรคไต ต่อมลูกหมากโต)	7	4.1
กลุ่มโรคอื่นๆ (โรคไทรอยด์ โรคตา โรคเลือด)	7	4.1
กลุ่มโรคทางเดินหายใจและปอด (โรคหอบหืด โรควัณโรค ภูมิแพ้)	4	2.4
กลุ่มโรคความเสื่อมของระบบประสาท (โรคพาร์กินสัน)	3	1.8
ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม	45	26.5

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=170) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล		
มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล	146	85.9
ต้นสังกัดข้าราชการ	127	74.7
รัฐวิสาหกิจ	6	3.5
ประกันสังคม	1	0.6
ประกันสุขภาพ บัตรทอง	12	7.1
ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (จ่ายเอง)	24	14.1

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งอยู่ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.6) ที่เหลืออยู่ในระยะที่สอง (ร้อยละ 42.4) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุด (ร้อยละ 45.9) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม (ร้อยละ 73.5) พบกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 63.5) รองลงมากลุ่มโรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 8.8) ส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 85.9) และพบว่าเป็นสิทธิต้นสังกัดข้าราชการมากที่สุด (ร้อยละ 74.7)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=170)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับ ความสามารถ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยรวม	17.14	3.86	7	21	ระดับดี
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รายข้อ					
การเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและการทำความสะอาด ส้วม ภายหลังขับถ่าย	2.67	0.57	1	3	ระดับดี
การสวมใส่เสื้อผ้า	2.66	0.56	1	3	ระดับดี
การเดิน	2.65	0.55	1	3	ระดับดี
การอาบน้ำ	2.59	0.62	1	3	ระดับดี
การจัดเตรียมอาหาร	2.34	0.71	1	3	ระดับพอใช้
การเดินทาง	2.18	0.80	1	3	ระดับพอใช้
การบอก เลข หรือการคิดคำนวณ	2.05	0.89	1	3	ระดับพอใช้

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 17.14$, $SD = 3.86$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ได้แก่ การเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและการทำความสะอาดส้วมภายหลังขับถ่าย ($\bar{X} = 2.67$, $SD = 0.57$) การสวมใส่เสื้อผ้า ($\bar{X} = 2.66$, $SD = 0.56$) การเดิน ($\bar{X} = 2.65$, $SD = 0.55$) การอาบน้ำ ($\bar{X} = 2.59$, $SD = 0.62$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร ($\bar{X} = 2.34$, $SD = 0.71$) การเดินทาง ($\bar{X} = 2.18$, $SD = 0.80$) การบอกเลขหรือการคิดคำนวณ ($\bar{X} = 2.05$, $SD = 0.89$)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยครอบครัว

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n=170)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	136	80.0
ชาย	34	20.0
อายุ		
≤ 20 ปี	1	0.6
21 – 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	20	11.8
41 – 60 ปี (วัยกลางคน)	100	58.9
61 ปีขึ้นไป (วัยผู้สูงอายุ)	49	28.8
($\bar{X}$ = 54.43, SD = 13.776, Min = 20 ปี, Max = 88 ปี)		
สถานภาพสมรส		
คู่	113	66.4
โสด	54	31.8
หย่า/แยก	2	1.2
หม้าย	1	0.6
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม		
บุตร	97	57.0
สามีหรือภรรยา	52	30.6
หลาน	12	7.1
บุตรเขย หรือ บุตรสะใภ้	8	4.7
พี่ หรือ น้อง	1	0.6

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลหลักจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสัมภาษณ์ (n=170) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
สูงกว่าปริญญาตรี	35	20.6
ปริญญาตรี	57	33.5
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	21	12.4
มัธยมศึกษา	37	21.7
ประถมศึกษา	19	11.2
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.6
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน	45	26.5
รับราชการ	34	20.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	26	15.3
พนักงานบริษัทเอกชน	19	11.2
ข้าราชการบำนาญ	15	8.8
รัฐวิสาหกิจ	13	7.6
รับจ้าง	9	5.3
เกษตรกร	8	4.7
อื่นๆ (นักศึกษา)	1	0.6

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 เพศชาย ร้อยละ 20 มากกว่าครึ่งอยู่ในวัยกลางคนคือช่วงอายุ 41 – 60 ปี (ร้อยละ 58.9) รองลงมาเป็นวัยผู้สูงอายุคืออายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.8) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคือช่วงอายุ 21 – 40 ปี (ร้อยละ 11.8) ตามลำดับ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.78 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ (ร้อยละ 66.5) รองลงมาก็คือโสด (ร้อยละ 31.8) ด้านสัมพันธภาพส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.1) รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 30.6) ด้านการศึกษาจบการศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 33.5) รองลงมาก็คือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 21.8) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 20.6) ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ไม่ได้ประกอบ

อาชีพหรือทำงานบ้าน (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือรับราชการ (ร้อยละ 20.0) และค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ

ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยครอบครัวจำแนกตามความเพียงพอของรายได้ครอบครัว (n = 170)

รายได้และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
> 50,000 บาท	79	46.4
35,001 – 50,000 บาท	37	21.8
25,001 – 35,000 บาท	23	13.5
15,001 – 25,000 บาท	15	8.8
5,000 – 15,000 บาท	12	7.1
< 5,000 บาท	4	2.4
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
เพียงพอและเหลือเก็บ	124	72.9
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	46	27.1

จากตารางที่ 4.5 พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 50,000บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.5) รองลงมา 35,000 – 50,000 บาท (ร้อยละ 21.8) เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 72.9) ที่เหลือเป็นเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 27.1)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยรอบครัวจำแนกตาม
สัมพันธภาพในครอบครัว (n=170)

สัมพันธภาพในครอบครัว	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับ สัมพันธภาพ
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	37.29	2.82	26	40	ระดับดี
สัมพันธภาพในครอบครัวรายข้อ					
ความรักใคร่ห่วงใยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว	3.92	0.29	2	4	ระดับดี
ความรักใคร่ห่วงใยซึ่งกันและกัน	3.91	0.28	3	4	ระดับดี
การพูดคุย สนทนาสนทนกันภายในครอบครัว	3.84	0.39	2	4	ระดับดี
การยอมรับความคิดเห็นส่วนใหญ่ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.84	0.39	2	4	ระดับดี
การเคารพในความเป็นส่วนตัวกันและกัน	3.83	0.38	3	4	ระดับดี
สัมพันธภาพในครอบครัว	3.82	0.40	2	4	ระดับดี
การปรึกษาหารือกันและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน	3.66	0.53	1	4	ระดับดี
การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร	3.65	0.63	1	4	ระดับดี
การพบปะสังสรรค์ในโอกาสวันสำคัญต่างๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันเข้าพรรษา เป็นต้น	3.48	0.58	2	4	ระดับดี
การให้ความสำคัญในโอกาสพิเศษต่างๆของสมาชิกในครอบครัว เช่น วันคล้ายวันเกิด	3.34	0.68	1	4	ระดับดี

จากตารางที่ 4.6 พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีทุกข้อ ข้อความรักใคร่ห่วงใยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.92$) รองลงมาคือข้อความรักใคร่ห่วงใยซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว ($\bar{X} = 3.91$) การพูดคุยสนทนาสนทนกันภายในครอบครัว ($\bar{X} = 3.84$) และการยอมรับความ

คิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\bar{X} = 3.84$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยครอบครัวจำแนกตาม การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=170)

การเข้าถึงแหล่งประโยชน์	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับการเข้าถึงแหล่งประโยชน์
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์โดยรวม	11.40	2.76	7	20	ระดับปานกลาง
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์รายข้อ					
การขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ	3.66	0.68	1	4	ระดับมาก
การหาข้อมูลความรู้จากสื่อต่างๆ	2.84	0.91	1	4	ระดับปานกลาง
การเข้าร่วมอบรมเพิ่มความรู้	1.93	1.02	1	4	ระดับน้อย
การเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มทักษะการดูแล	1.62	0.88	1	4	ระดับน้อย
การพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มทักษะการชลอความเสื่อมของสมอง	1.35	0.74	1	4	ระดับน้อย

จากตารางที่ 4.7 พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.4$, $SD = 2.76$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.68$) การหาข้อมูลความรู้จากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 0.91$) ส่วนการเข้าร่วมอบรมเพิ่มความรู้ ($\bar{X} = 1.93$, $SD = 1.02$) การเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มทักษะการดูแล ($\bar{X} = 1.62$, $SD = 0.89$) และการพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มทักษะการชลอความเสื่อมของสมอง ($\bar{X} = 1.35$, $SD = 0.74$) อยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของปัจจัยกรอบครัวจำแนกตาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=170)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับการดูแล
การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยรวม	35.59	3.29	26	42	ระดับดี
การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมรายข้อ					
การรับประทานอาหารให้เพียงพอ	2.96	0.19	2	3	ระดับดี
การรับประทานยา	2.92	0.27	2	3	ระดับดี
การนอนหลับพักผ่อน	2.82	0.43	1	3	ระดับดี
การป้องกันการหกล้ม	2.80	0.40	2	3	ระดับดี
การเลือกอาหารที่เหมาะสม	2.78	0.41	2	3	ระดับดี
การป้องกันอุบัติเหตุ	2.76	0.47	1	3	ระดับดี
การป้องกันการหลงทาง	2.68	0.53	1	3	ระดับดี
การทำความสะอาดร่างกายหรือการอาบน้ำ	2.67	0.65	1	3	ระดับดี
การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน	2.44	0.67	1	3	ระดับพอใช้
การกระตุ้นความจำเรื่องวันเวลา	2.28	0.71	1	3	ระดับพอใช้
การขับถ่าย	2.25	0.83	1	3	ระดับพอใช้
การออกกำลังกาย	2.23	0.67	1	3	ระดับพอใช้
การกระตุ้นความจำเรื่องราวต่างๆ	2.06	0.75	1	3	ระดับพอใช้
การกระตุ้นการทำงานของสมองด้านการคิด	1.94	0.74	1	3	ระดับพอใช้
การคำนวณ					

จากตารางที่ 4.8 พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 35.59$, SD = 3.29) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คือ การรับประทานอาหารให้เพียงพอ ($\bar{X} = 2.96$, SD = 0.19) การรับประทานยา ($\bar{X} = 2.92$, SD = 0.27) การนอนหลับพักผ่อน ($\bar{X} = 2.82$, SD = 0.43) การป้องกันการหกล้ม ($\bar{X} = 2.80$, SD = 0.40) การเลือกอาหารที่เหมาะสม ($\bar{X} = 2.78$, SD = 0.41) การป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{X} = 2.76$, SD = 0.47) การป้องกันการหลงทาง ($\bar{X} = 2.68$, SD = 0.53) การทำความสะอาดร่างกายหรือการอาบน้ำ ($\bar{X} = 2.67$, SD = 0.65) ส่วนในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลัก และครอบครัวที่อยู่ในระดับพอใช้ คือ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน ($\bar{X} = 2.44$, SD

= 0.67) การกระตุ้นความจำเรื่องเวลา ($\bar{X} = 2.28$, SD = 0.71) การจับถ่าย ($\bar{X} = 2.25$, SD = 0.83) การออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.23$, SD = 0.67) การกระตุ้นความจำเรื่องราวต่างๆ ($\bar{X} = 2.06$, SD = 0.75) การกระตุ้นการทำงานของสมองด้านการคิดคำนวณ ($\bar{X} = 1.94$, SD = 0.74)

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยรอบครัวจำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก (n=170)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	ช่วง		SD	Min	Max	ระดับคุณภาพชีวิต
	คะแนนที่เป็นได้	$\bar{X}$				
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 130	101.14	9.60	62	121	ระดับดี
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 40	30.88	3.70	19	39	ระดับดี
ด้านจิตใจ	6 – 30	24.22	2.89	12	30	ระดับดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 15	12.26	1.86	3	15	ระดับดี
ด้านสุขภาพกาย	7 – 35	26.14	2.85	17	33	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4.9 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 101.14$, SD = 9.56) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 30.88$, SD = 3.70) ด้านจิตใจ ($\bar{X} = 24.22$, SD = 2.89) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X} = 12.26$, SD = 1.86) อยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.14$, SD = 2.847)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยชุมชนและสังคม

ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของปัจจัยชุมชนและสังคม
(n = 170)

การสนับสนุนจากชุมชนและสังคม	ช่วง คะแนนที่ เป็นไปได้	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับการ สนับสนุน
การสนับสนุนจากชุมชนและสังคม โดยรวม	12 – 48	37.04	5.16	62	121	ระดับมาก
การสนับสนุนจากสังคมรายด้าน						
จากเพื่อนบ้านและชุมชน	5 – 20	14.27	4.37	5	20	ระดับ ปานกลาง
จากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ	7 – 28	22.76	2.67	14	28	ระดับมาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่าการสนับสนุนจากชุมชนและสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 37.07$, SD = 5.16) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 22.76$, SD = 2.67) การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 14.27$, SD = 4.37)

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 170)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวม	39.97	5.40	25	51	ระดับดี
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายข้อ					
ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง	3.62	0.67	1	4	ระดับดี
ที่พักอาศัย	3.49	0.56	2	4	ระดับดี
สัมพันธภาพกับครอบครัว	3.41	0.61	2	4	ระดับดี
สถานะทางการเงิน	3.36	0.60	1	4	ระดับดี
ชีวิตคู่หรือการแต่งงาน	3.35	0.74	1	4	ระดับดี
สัมพันธภาพกับเพื่อน	3.09	0.79	1	4	ระดับดี
ความสุขในชีวิตโดยรวม	3.05	0.60	1	4	ระดับดี
สุขภาพกาย	2.97	0.64	1	4	ระดับปานกลาง
กำลัง	2.95	0.70	1	4	ระดับปานกลาง
อารมณ์	2.86	0.74	1	4	ระดับปานกลาง
ความสามารถในการเข้ากับคนอื่นหรือสังคม	3.00	0.80	1	4	ระดับปานกลาง
ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ	2.64	0.98	1	4	ระดับปานกลาง
ความจำ	2.17	0.71	1	4	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4.11 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 39.97$, $SD = 5.40$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า คุณภาพชีวิตข้อที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.67$) ด้านที่พักอาศัย ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.56$) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.61$) ด้านเศรษฐกิจการเงิน ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 0.60$)

ด้านชีวิตคู่การแต่งงาน ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.74$) สัมพันธภาพกับเพื่อน ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 0.79$) และความสุขในชีวิตโดยรวม ($\bar{X} = 3.05$, $SD = 0.60$) คุณภาพชีวิตข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 2.97$, $SD = 0.64$) ด้านกำลังหรือเรี่ยวแรง ($\bar{X} = 2.95$, $SD = 0.70$) ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 0.70$) ด้านความสามารถในการเข้ากับสังคม ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.80$) ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ($\bar{X} = 2.64$, $SD = 0.98$) และด้านความจำ ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 0.71$)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 170$)

ตัวแปร	n	mean	S.D.	t-value	df	p-value
ระยะของโรคสมองเสื่อม						
ระยะแรก	98	41.19	5.54	3.648	163.893	<0.001*
ระยะกลาง	72	38.31	4.76			
การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม						
มีโรคอื่น	125	39.66	5.64	1.356	94.147	0.178
ไม่มีโรคอื่น	45	40.82	4.62			
สิทธิการเบิกค่ารักษา						
มีสิทธิเบิกค่ารักษา	146	40.08	5.48	-0.667	32.861	0.509
จ่ายเอง	24	39.33	4.98			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.12 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกของโรคมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีระยะกลางของโรค ($t = 3.648$, $p\text{-value} = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม และสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ต่างกัน

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 170$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
	r	b	beta	t	p-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.386**	0.541	0.386	5.431	<0.001

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 4.13 พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .386$, $p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนที่ 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 170)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
	mean	S.D.	t-value	df	p-value
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว					
เพียงพอและเหลือเก็บ	40.13	5.484	-0.622	79.192	0.536
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	39.54	5.381			
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว					
เพียงพอและเหลือเก็บ	40.13	5.484	-0.622	79.192	0.536
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	39.54	5.381			

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
	r	b	beta	t	p-value
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.200**	0.383	0.200	2.645	0.004
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	-0.004	- 0.008	- 0.004	- 0.052	0.479
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	0.033	0.054	0.033	0.428	0.335
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	0.257**	0.145	0.257	3.453	< 0.001

** p < 0.01

จากตารางที่ 4.14 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บกับกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (t = 0.622, p-value = 0.536)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก พบว่า

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ($r = 0.200$, $p\text{-value} = 0.004$) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($r = 0.257$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 0.383 และ 0.145 คะแนนตามลำดับ ส่วนการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว ($r = -0.004$, $p\text{-value} = 0.479$) และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัว ($r = 0.033$, $p\text{-value} = 0.335$) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 170$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
	r	b	beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวม	0.170*	0.178	0.170	2.239	0.013
การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายด้าน					
จากเพื่อนบ้านและชุมชน	0.176*	0.217	0.176	2.313	0.011
จากเจ้าหน้าที่ทีมบริการทางสุขภาพ	0.041	0.084	0.041	0.538	0.296

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.15 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.170$, $p\text{-value} = 0.013$) โดยมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 0.178 คะแนน เมื่อแบ่งตามรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.176$, $p\text{-value} = 0.011$) โดยมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 0.217 คะแนน แต่การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขไม่มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.041$, $p\text{-value} = 0.269$)

ส่วนที่ 6 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 6.1 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.16 ความสามารถของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 170$)

ตัวแปร ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม			
	b	beta	t	p-value
ระยะของโรคสมองเสื่อม	0.347*	0.032	0.309	<0.001
การมีโรคประจำตัวอื่น	- 0.962	- 0.079	-1.093	0.109
สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	0.486	0.031	0.436	0.267
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	0.564*	0.403	3.914	<0.001
ค่าคงที่ (constant) = 30.45 $R^2 = 0.156$ $R^2_{\text{adjust}} = 0.136$ $F = 7.642$ $p\text{-value} < 0.001$				

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 4.16 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่น สิทธิการเบิกค่ารักษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ร้อยละ 15.6 ($R^2 = 0.156$, $F = 7.642$, $p < 0.001$) แต่พบว่า ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม ($b = 0.347$, $p < 0.001$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($b = 0.564$, $p < 0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนการมีโรคประจำตัวอื่นร่วมและสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6.2 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยครอบครัวที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.17 ความสามารถของปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($n = 170$)

ตัวแปร ปัจจัยด้านครอบครัวและผู้ดูแลหลัก	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม			
	b	beta	t	p-value
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	- 0.458	- 0.038	- 0.471	0.226
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.308*	0.161	1.999	0.004
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	- 0.035	- 0.018	- 0.232	0.479
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	0.023	0.014	0.184	0.335
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	0.129**	0.230	2.980	< 0.001
ค่าคงที่ (constant) = 15.305 $R^2 = 0.090$ $R^2_{\text{adjust}} = 0.062$ $F = 3.242$ p-value = 008				

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

จากตารางที่ 4.17 ผลการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 9.0 ($R^2 = 0.090$, $F = 3.242$ p-value = 008) และพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ($b = 0.308$, $p = 0.004$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($b = 0.129$, $p < 0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ส่วนความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6.3 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยชุมชนและสังคมที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4.18 ความสามารถของปัจจัยชุมชนและสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และชุมชน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 170)

ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม			
	b	beta	t	p-value
การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน	0.217*	0.176	2.313	0.011
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมบริการทางด้านสุขภาพ	0.084	0.041	0.538	0.296
ค่าคงที่ (constant) = 36.872 $R^2 = 0.031$ $R^2_{\text{adjust}} = 0.025$ $F = 5.350$ p-value = 0.022				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.18 ผลการศึกษาปัจจัยด้านชุมชนและสังคมที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 3.1 ($R^2 = 0.031$, $F = 5.350$, p-value = 0.022) โดยการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($b = 0.217$, $p = 0.011$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6.4 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สมองเสื่อม

ตารางที่ 4.19 ความสามารถของปัจจัยบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว
 ปัจจัยชุมชนและสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
 (n = 170)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม			
	b	beta	t	p-value
ปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
ระยะของโรคสมองเสื่อม	0.642**	0.059	0.590	< 0.001
การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม	- 1.603	- 0.131	- 1.819	0.109
สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	0.473	0.031	0.433	0.267
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.554**	0.396	3.935	< 0.001
ปัจจัยด้านครอบครัวและผู้ดูแลหลัก				
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	0.378	0.031	0.408	0.266
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.197*	0.103	1.348	0.004
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	-0.111	-0.057	-0.727	0.479
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	-0.033	-0.020	-0.273	0.335
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	0.118**	0.211	2.790	< 0.001
ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม				
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน	0.116*	0.094	1.295	0.011
การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ	0.113	0.056	0.733	0.296
ค่าคงที่ (constant) = 9.582 $R^2 = 0.246$ $R^2_{\text{adjust}} = 0.193$ $F = 4.683$ p-value < 0.001				

* p < 0.05; **p < 0.01

จากตารางที่ 4.19 การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้ร้อยละ 24.6 ($R^2 = 0.246$, $F = 4.683$, $p < 0.001$) แต่พบว่าระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม ($b = 0.642$, $p < 0.001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($b = 0.554$, $p < 0.001$) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($b = 0.118$, $p < 0.001$) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($b = 0.116$, $p = 0.011$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($b = 0.197$, $p = 0.004$) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่นๆ ดังนี้ การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6.5 สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด

ตารางที่ 4.20 สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด ($n = 170$)

ตัวแปร	b	beta	R^2	R^2_{change}	t	P-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.523	0.374	0.149	0.149	5.408	< 0.001
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	0.133	0.237	0.205	0.056	3.433	0.001
ค่าคงที่ (constant) = 17.518 $R^2 = 0.205$ $R^2_{\text{adjust}} = 0.196$ $F_{\text{change}} = 21.585$ p-value < 0.001						

จากตารางที่ 4.19 จากการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญและสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ($b = 0.523$, $p = < 0.001$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($b = 0.133$, $p = 0.001$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 20.5 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 0.374 คะแนนมาตรฐาน ($Beta = 0.374$) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก โดยมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 0.237 คะแนนมาตรฐาน ($Beta = 0.237$)

ส่วนที่ 7 สรุปผลการศึกษา

ตารางที่ 4.21 สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	ความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม	ความสามารถในการ ทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม
1. ระยะของโรคสมองเสื่อม	มีความสัมพันธ์ทางลบ	-
2. การมีโรคประจำตัวอื่น	ไม่มีความสัมพันธ์	-
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	มีความสัมพันธ์ ทางบวก	14.9%
4. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	ไม่มีความสัมพันธ์	-
5. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	ไม่มีความสัมพันธ์	-
6. สัมพันธภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ ทางบวก	-
7. การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	ไม่มีความสัมพันธ์	-
8. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	ไม่มีความสัมพันธ์	-
9. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก	มีความสัมพันธ์ ทางบวก	5.6%

ตารางที่ 4.21 สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม	ความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม
10. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและ ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อม	มีความสัมพันธ์ ทางบวก	-
11. การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทีม บริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม	ไม่มีความสัมพันธ์	

สรุปได้ว่า จากการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 39.97$, $SD = 5.40$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน (มีความสัมพันธ์ทางบวก) และระยะของโรคสมองเสื่อม (มีความสัมพันธ์ทางลบ)

สำหรับตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อธิบายได้ร้อยละ 14.9 และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.6

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analytic research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์และการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 50 คน รวมจำนวนทั้งหมด 170 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติความสัมพันธ์ Independent t-test สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งในบทนี้อภิปรายผลดังนี้

ส่วนที่ 1 อภิปรายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

ส่วนที่ 1 อภิปรายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำอื่นร่วม สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะของโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งอยู่ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.6) และอยู่ในระยะกลางของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 42.4) ซึ่งงานวิจัยนี้เลือกศึกษาในระยะแรกและระยะกลางของโรค จึงสอดคล้องกับช่วงอายุที่พบคือช่วงอายุ 70 – 79 ปีพบมากกว่าช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไปจึงส่งผลให้พบในระยะแรกมากกว่า ระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มียอายุ 60-69 ปีพบว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.7 ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 36.0 และผู้ที่มียอายุ 80 ปีขึ้นไปพบว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 57.3 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) แต่มีความคล้ายคลึงกันที่พบผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงอายุ 70 – 79 ปี มากกว่าช่วงอายุ 60 – 69 ปี ส่วนช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไปพบน้อยกว่าช่วงอายุ 70 – 79 ปีอาจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะท้ายของโรคที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมีโรคประจำตัวอื่นร่วม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 73.5) ทำให้ทราบว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีความเสื่อมทางด้านสมองพบว่ามีภาวะเสื่อมของร่างกายร่วมด้วย จากผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา ทวีชาติ และ ณภัทร อังคะสุวพลา (2547) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัวทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 52) ประภา ลิ้มประสูตร และคณะ (2545) อธิบายว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 59.4) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550)

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านสิทธิการเบิกค่ารักษาพบว่าส่วนใหญ่ใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจคือเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 85.9) และพบว่าเป็นสิทธิต้นสังกัดข้าราชการมากที่สุด (ร้อยละ 74.7) รองลงมาคือประกันสุขภาพหรือบัตรทอง (ร้อยละ 7.1) ซึ่งในการศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐบาลจึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากรัฐหรือมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล เช่น สิทธิเบิกจ่ายตรงต้นสังกัดรัฐบาลสิทธิรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคม สะท้อนให้เห็น

ว่าสวัสดิการการรักษาพยาบาลเอื้อต่อประชาชนในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.6) ใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ คือ บัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม กองทุนทดแทน สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการข้าราชการบำนาญ สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี (mean ADL = 17.14, SD = 3.86) ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของโรค (ร้อยละ 57.6) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเรื่องความจำแต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลางของโรค (ร้อยละ 42.4) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความจำมากขึ้น จำทิศทางไม่ได้ จำกระบวนการหรือขั้นตอนในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆไม่ได้ ส่งผลให้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ

อธิบายได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับระยะของโรคสมองเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความเสื่อมของสมองน้อยกว่าจะมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่า ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความเสื่อมของสมองมากขึ้นจะมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงตามระดับความเสื่อมของสมอง

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของ Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri. (2002) และ Missotten, Squelard, Ylief, Di Notte, Paquay, De Lepeleire and Fontaine. (2007) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ในระดับพอใช้ อาจเนื่องจากการศึกษางานวิจัยของ Logsdon et al. (2002) Missotten et al. (2007) ศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกระยะของโรค คือ ระยะแรก ระยะกลาง และระยะสุดท้าย ซึ่งในกลุ่มระยะท้ายของโรคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีความจำเหลือน้อยมากหรือไม่มีความจำเลย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปฏิบัติเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายของโรคซึ่งที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีกว่างานวิจัยของ Logsdon et al. (2002) และ Missotten et al. (2007) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกระยะของโรคสมองเสื่อม

1.2 ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ปัจจัยครอบครัวด้านความเพียงพอของรายได้ครอบครัว จากการศึกษาพบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 72.9) อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองหลวงและเมืองเศรษฐกิจของประเทศ และจากการศึกษาพบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกือบครึ่งมีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.4) และ รองลงมา มีรายได้ 35,000 – 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 21.8) ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนได้ว่าครอบครัวมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ

ปัจจัยครอบครัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.29 (คะแนนเต็ม 40) อาจเนื่องจากเป็นครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวด้วยซึ่งเป็นบุคคลที่เป็นที่รักและเคารพของบุตรหลาน และเมื่อผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวส่งผลให้ครอบครัวเป็นศูนย์รวมของบุตรหลานในการพบปะสังสรรค์กันในโอกาสสำคัญต่างๆ และเพื่อมาดูแลหรือเยี่ยมเยียนบุคคลผู้เป็นที่รักของสมาชิกในครอบครัวและบุตรหลานคนอื่นๆ ที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีความเจ็บป่วยบุตรหลานจะให้ความสำคัญมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือกันดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นที่รักและเป็นผู้มีบุญคุณของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเล็ก สมบัติ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว พบว่า ปัจจัยภายในครอบครัวด้านสัมพันธภาพของครอบครัวมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะให้ความรักเคารพแก่ผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือมีการเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยครอบครัวด้านการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว พบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งญาติผู้ดูแลต้องอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆอาจต้องรับภาระทำงานนอกบ้าน จึงส่งผลให้สามารถเข้าร่วมอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานหรือองค์กรจัดขึ้นได้ไม่มาก แต่ถ้าพิจารณารายด้านของการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวพบว่า การขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพมีระดับการเข้าถึงอยู่ในระดับสูงสุด เนื่องจากการขอคำปรึกษาสามารถใช้ช่วงเวลาที่พักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัดหรือขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ไม่จำเป็นต้องเสียเวลาในวันอื่นเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้านการเข้าร่วมอบรม เข้าร่วมกิจกรรม และการพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรม มีระดับคะแนนการเข้าถึงอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมและต้องสละเวลามาเข้าร่วมที่ไม่ใช่วันที่มาโรงพยาบาลตามนัด ผู้ดูแลหลักรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกือบตลอดเวลา ไม่มีเวลาในการมาเข้าร่วมกิจกรรม และสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆต้องมีภาระหน้าที่ในการทำงาน โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวอาจมีน้อย และการพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเข้าร่วมกิจกรรมอาจเป็นภาระของญาติผู้ดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องด้านความจำ สติปัญญา การรับรู้ การเรียนรู้ การประกอบกิจกรรม การตัดสินใจ การใช้ทักษะทางสังคม อาจเกิดปัญหาเมื่อพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นภาระของญาติผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าระวังเหตุผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลงทาง การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่ายเนื่องจากเป็นสถานที่แปลกไม่คุ้นเคยจึงอาจเกิดปัญหากับผู้สูงอายุได้ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลตัดสินใจไม่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

ปัจจัยครอบครัวด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวเป็นที่รักเคารพ ผู้ที่มีบุญคุณของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของสามีภรรยาและบุตร ไม่ว่าผู้สูงอายุจะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคใด การดูแลเป็นหน้าที่ของบุตรเพื่อตอบแทนผู้มีพระคุณซึ่งเป็นบิดามารดาในฐานะบุตร หรือในฐานะสามีภรรยา เพื่อให้บุคคลที่ตนรักมีความสุข ทั้งทางกายและจิตใจ เมื่อศึกษาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลเกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารและยา การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า การพักผ่อนและออกกำลังกาย และด้านความปลอดภัย ครอบครัวสามารถดูแลอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จากความคุ้นเคยและ

เข้าใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานจึงอยู่ในระดับดี ส่วนด้านทักษะหรือกิจกรรมที่ลดความเสื่อมของสมอง เช่น การกระตุ้นความจำ การคิดคำนวณ ระดับการดูแลที่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวไม่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความจำที่ดีขึ้นแต่เพื่อชดเชยไม่ให้เสื่อมมากขึ้นหรือเสื่อมช้าลง เมื่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปในทางที่ดีขึ้นจึงอาจส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่น้อยลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับจากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยกรอบครัวด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักออกเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ทุกด้านอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านสุขภาพกายที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการรับหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องให้การดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลหลักมากกว่าด้านอื่นทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2546) ศึกษาทุกขภาวะของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นเมื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่รับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลบุคคลที่เป็นที่เคารพรัก ดูแลด้วยความสมัครใจในฐานะสามีภรรยาหรือบุตร คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ดูแลหลักเป็นตัวแทนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงอาจได้รับความรักความไว้วางใจจากครอบครัวและในสังคมไทยให้การยกย่องผู้ที่มีความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ และเป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทรต่อกันและกัน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย ระบบบริการสาธารณสุข การรับข้อมูลข่าวสาร การคมนาคม ความมั่นคงในชีวิตและด้านการเงิน สภาพแวดล้อม เนื่องจาก 3 ใน 4 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล เป็นเมืองเศรษฐกิจของประเทศ และการบริการด้านสาธารณสุขโรคหรือบริการต่างๆมีความสะดวกสบาย และจากข้อมูลด้านรายได้ของครอบครัวเกือบครึ่งมีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.4) และ รองลงมา มีรายได้ 35,000 – 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 21.8) เมื่อประเมินด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 72.9) ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

1.3 ปัจจัยชุมชนและสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

การศึกษาปัจจัยด้านชุมชนและสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรง ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการรักษาสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในชุมชนได้อย่างมีความสุข เช่น การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจากแพทย์ การจัดกลุ่มสอนสุขศึกษาให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแลและครอบครัวในด้านต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อมาตรวจตามนัด การจัดอบรมรายเดือนเพื่อให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลและครอบครัวและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยลักษณะคล้ายคลึงกัน และการจัดอบรมวิชาการเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมภาคประชาชนตามเวลาและโอกาสที่เหมาะสม และการเยี่ยมบ้านในแต่ละรายตามความจำเป็นและเหมาะสม การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้าที่บ้านที่ญาติไม่สามารถจัดการได้

การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3 ใน 4 (ร้อยละ 72.4) อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองหลวง คือ กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสังคมที่ต่างคนต่างอยู่ แต่มีบางส่วนที่อาศัยในชุมชนนั้นเป็นระยะเวลานานมีความคุ้นเคยสนิทสนมกันของคนในชุมชนซึ่งสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้

จากผลการศึกษาของการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเล็ก สมบัติ (2549) ศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน พบว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการบริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว ด้านบริการด้านสุขภาพมากที่สุด การศึกษาของภัทรพล ดันเสถียร (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าได้รับการสนับสนุนจากญาติโยมและครอบครัวมากที่สุด

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี (mean = 39.97) อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ซึ่งในระยะแรกของโรคเป็นระยะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเรื่องความจำ แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันยังสามารถปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลางของโรคเป็นระยะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความจำมากขึ้น ลืมกระบวนการหรือขั้นตอนในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ส่งผลให้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อาจจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นหรือจำเป็นต้องมีคนอื่นช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตจึงอาจอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครั้งนี้เป็นการประเมินจากผู้ดูแลหลัก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ด้านที่พักอาศัยหรือสิ่งแวดล้อม ด้านสัมพันธภาพหรือการได้รับความรักความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว การใช้ชีวิตคู่การแต่งงานหรือชีวิตโสด สัมพันธภาพกับเพื่อน สถานะทางการเงิน และพบว่าด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในด้านความจำ การรับรู้ การตัดสินใจ ไม่เข้าใจในความคิดหรือการกระทำบางอย่างที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่รับรู้สิ่งรอบข้างในบางครั้ง จึงทำให้ผลประเมินความรู้สึกที่มีต่อตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านที่พักอาศัยหรือสิ่งแวดล้อม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น ลืมสิ่งของ ลืมปิดเตาไฟ หรือใช้อุปกรณ์ผิดชนิด ซึ่งส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้นการป้องกันในระดับแรกคือ การจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อย เก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งจะช่วยในการดูแลและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ และอันดับต่อมาคือคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ความรักความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นบุคคลที่เป็นที่เคารพรัก และมีบุญคุณกับบุตรหลานให้การดูแลบุตรหลาน จึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเมื่อทุกคนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทุกคนต้องการ

ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สมาชิกทุกคนในครอบครัวจึงเฝ้าต่อผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านพลังกำลังหรือเรียวแรง ด้านสภาวะทางอารมณ์ ด้านความจำ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ด้านความสามารถในการเข้ากับคนอื่น หรือสังคม เมื่อพิจารณาด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความจำมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของโรคจากการทำงานของสมองด้านความจำ มีความเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านความจำและอาจสูญเสียความจำในที่สุด คะแนนเฉลี่ยต่ำรองลงมาอันดับสองคือคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผลมาจากเสื่อมถอยเกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ ความคิด จินตนาการ การตัดสินใจและเหตุผล ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Apraxia) เช่น ลืมขั้นตอนการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การเดินทาง และคะแนนเฉลี่ยต่ำรองลงมาอันดับสามคือคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ อาจเกิดจากกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของสมองด้านความคิด ความจำ การเรียนรู้ ทำให้เกิดปัญหาด้านสื่อสาร ปัญหาด้านความเข้าใจ ความสามารถในการตัดสินใจ ส่งผลต่อการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นเมื่อมีความไม่เข้าใจกันในการสื่อสารส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ เช่น โมโห โกรธ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เช่น ซึมเศร้า เฉื่อยชา แยกตัว หวาดระแวง วิตกกังวล

ในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 39.97) ทั้งนี้เพราะในการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้ที่มีระยะของโรคในระดับที่หนึ่งและที่สอง และแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่างกันตามการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยพบว่าภาวะสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease (ร้อยละ 45.9) สมองเสื่อมชนิดอื่น (ร้อยละ 41.2), และ Alzheimer's disease ร่วมกับสมองเสื่อมชนิดอื่น (ร้อยละ 12.9) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคทั้งสามกลุ่มมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน (ดังตารางภาคผนวกที่ 2) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของศศิธร ศิริมหาพรและคณะ (2549) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการศึกษาของศศิธร ศิริมหาพรและคณะ ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกระยะของโรค และต่างจากการศึกษาของ Rebecca Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri. (1999) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 33.35) เนื่องจากลอคัสดอนและคณะศึกษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกระยะของโรคสมองเสื่อม และต่างจากการศึกษาของ Li Huang, Yeh Chang, Hung Tang, Chen Chiu and Chueh Weng (2008) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ทุกระยะของโรคในเมืองไทเป ประเทศไต้หวัน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 27.08) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ร่วมกับเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.6) จึงอาจส่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น

โดยสรุปแล้วจากการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ อาจเกิดจากตัวแปรที่ต่างกัน เช่น ชนิดของโรคสมองเสื่อม และระยะของโรคสมองเสื่อม เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านในงานวิจัยนี้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีระดับคะแนนสูงสุด 3 อันดับได้แก่ ด้านความรู้สึที่มีต่อตนเอง ด้านที่พักอาศัยหรือสิ่งแวดล้อมและด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวตามลำดับ และมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีคะแนนสูงสุดใน 3 อันดับแรกคือ ด้านที่พักอาศัย ด้านชีวิตคู่การแต่งงาน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพกับเพื่อน (Logsdon et al. 1999, Matsui et al. 2006, Li Huang et al. 2008, Tatsumi et al. 2009) ซึ่งสอดคล้องกันในด้านที่พักอาศัยหรือสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวอาจวิเคราะห์ได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวและการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยอาจส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ด้านความจำ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านอารมณ์ มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยอื่น ที่พบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีคะแนนต่ำสุดใน 3 อันดับแรกคือ ด้านความจำ ด้านความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านกำลังหรือพลังงาน (Logsdon et al. 1999, Matsui et al. 2006, Li Huang et al. 2008, Tatsumi et al. 2009) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นในด้านความจำ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจวิเคราะห์ได้ว่าระยะของโรคที่บ่งชี้ถึงความเสื่อมในด้านความจำ ความคิด การรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ระยะของโรคสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกของโรคมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลาง ($t = 3.648$, $p\text{-value} = <0.001$) เนื่องจากในระยะแรกของโรคผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องความจำ จำเรื่องในปัจจุบันระยะใกล้ๆ ไม่ได้ แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่อาจจะช้าลงกว่าเดิม อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวันจากบุคคลอื่น ระยะกลางของโรคเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีปัญหาลึกซึ้งขึ้น เริ่มมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลใกล้ชิดจึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ จากอาการแสดงหรือความต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นในแต่ละระยะของโรคจึงเป็นเหตุผลในการสนับสนุนว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะแรกของโรคจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะกลางของโรค จากผลการศึกษายังไม่พบความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นโดยตรง แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Li Huang et al. (2008) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ (Dementia) และทุกระยะของโรค พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของโรคจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่า (mean = 29.0) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางและระยะท้ายของโรค (mean = 27.17, 25.92) และผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นระดับสูง (MMSE ≥ 19) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่า (mean = 28.05) ผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นระดับกลางและระดับต่ำ (MMSE = 12-18, 4-11) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (mean = 26.43, 25.56) แต่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Logsdon, et.al. (1999) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่มีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นสูง (MMSE ≥ 18 คะแนน) หรือมีความจำบกพร่องระดับเล็กน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า (mean = 40, SD = 5, range 28-50) กลุ่มที่มีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นต่ำกว่า (MMSE < 18 คะแนน) หรือมีความจำบกพร่องระดับกลาง (mean = 36, SD = 6, range 25-50) และจากการศึกษาของ Logsdon, et.al. (2002) ศึกษาผู้ป่วยที่มีความจำบกพร่องทุกชนิดและทุกระยะของโรคพบว่าผู้ป่วยที่มีความจำบกพร่องที่มีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นระดับสูง (High MMSE ≥ 22) จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า (mean = 33.9, SD = 5.1) กลุ่มที่มีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นระดับกลาง (Middle MMSE = 17-21) มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (mean = 32.4, SD = 7.1)

อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นสูงก็มีความจำพร่องในระดับเล็กน้อยหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของโรคซึ่งมีความจำพร่องในระดับเล็กน้อย และผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นระดับกลางหรือมีความจำพร่องในระดับกลางหรือมากขึ้นหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางของโรคซึ่งมีความจำพร่องมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ($r = -0.319$, $p\text{-value} < 0.001$) คือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกของโรคจะมีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นสูง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลางของโรคจะมีคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นต่ำลง ดังนั้นคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นจึงอาจเป็นเครื่องบ่งชี้ระยะของโรคได้ เมื่อพิจารณาจากการศึกษาความสัมพันธ์ของระยะของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในงานวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Logsdon, et.al. (1999) และ Hsiu-Li Huang et al. (2008) ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นสูงมีความจำพร่องระดับเล็กน้อยมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นระดับกลางมีความจำพร่องระดับกลาง

การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมและไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเพียงโรคเดียวก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย คือจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลกระทบต่อความสามารถในกระบวนการคิด การตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันบกพร่อง ด้านอารมณ์และจิตใจคือพฤติกรรมที่อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคคือ วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า หงุดหงิดหรือเฉื่อยชา และด้านสังคมอาจเกิดผลกระทบกับสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น จากบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย เกิดปัญหาการสื่อสาร หรือสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง การที่มีหรือไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือส่งผลในระดับน้อยที่ไม่มีระดับความสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมและมีโรคประจำตัวอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของภัทรพล ดันเสถียร (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิต

ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าจำนวนโรคเรื้อรังที่อาพาธในปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง และจากการศึกษาของ Hsiu-Li Huang, et al. (2008) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมทุกประเภทและทุกระยะของโรค พบว่าจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม

จากการศึกษาที่พบในงานวิจัยนี้จึงมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) ภัทรพล ต้นเสถียร (2550) และ Hsiu-Li Huang, et al. (2008) สามารถสรุปได้การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมหรือไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม หรือจำนวนของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลและไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือจ่ายเองมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากงานวิจัยนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล และส่วนน้อย (ร้อยละ 14.1) ที่ไม่มีสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือจ่ายเอง และเมื่อพิจารณากลุ่มย่อยของสิทธิการรักษา ได้แก่ ข้าราชการเบิกจ่ายตรง รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพหรือบัตรทอง และไม่มีสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือจ่ายเอง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่แตกต่างกัน (ดังตารางภาคผนวกที่ 3) และอาจมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อเช่น รายได้ของครอบครัว ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกครอบครัวมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายและส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2549) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่าแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.386$, $p\text{-value} < 0.001$) คือเมื่อระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมก็จะสูงตาม และเมื่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมก็จะต่ำตาม จากผลการศึกษาพบว่ามีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธนี นัครา (2542) ที่พบว่าคะแนนกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษาของ Hoe, Katona, Orrell and

Livingston (2007) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ($r = 0.417, p < 0.001$) แต่พบว่าแตกต่างจากการศึกษาของ Logsdon, et al. (1999) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ทุกระยะของโรค พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ($r = -0.32, p < 0.01$) และจากการศึกษาของ Logsdon, et al. (2002) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีความจำบกพร่องทุกชนิดทุกระยะของโรค พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ($r = -0.37, p < 0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Logsdon, et al. (1999) และ Logsdon, et al. (2002) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยทุกระยะของโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากทุกครอบครัวในการศึกษานี้มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายและครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.9) มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ มีเพียงบางครอบครัว (ร้อยละ 27.1) ที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ สรุปได้ว่าทุกครอบครัวมีรายได้เพียงพอจึงอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บกับกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จากการศึกษาพบว่าความเพียงพอของรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพัชนี นาครา (2542)

พบว่ารายได้ครอบครัวเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของนรวิทย์ พุ่มจันทร์ (2548) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.200$, $p\text{-value} = 0.009$) เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาที่สรุปว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล สำหรับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในงานวิจัยนี้ก็คือ สัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งอธิบายถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับสมาชิกในครอบครัวและระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วยกันเอง จากแนวคิดของครอบครัวอธิบายโดยสรุปว่าความผูกพันในครอบครัวมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนรวิทย์ พุ่มจันทร์ (2548) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อธิบายได้ว่า ถ้าครอบครัวของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย และลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางบวก ($Beta = 0.161$, $p\text{-value} = 0.004$) ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ถ้าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวสูงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูงตาม และถ้าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต่ำตามด้วย

การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาของ พัทธนี นัครา, 2542; เตือนใจ เห่งจัน, 2542; นรวิทย์ พุ่มจันทร์, 2548 การศึกษาด้านครอบครัวจะศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว รายได้ หรือเศรษฐกิจของครอบครัว แหล่งสนับสนุนคำรักษาพยาบาล ภาระของผู้ดูแลหรือครอบครัวที่รับภาระในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรค ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสื่อต่างๆ การเข้าร่วมอบรมหรือฟังบรรยาย การบริการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการให้คำปรึกษาในการดูแล

ผู้ป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว การพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อชลอความเสื่อมของสมอง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนความสนใจหรือความตั้งใจของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือการเข้าถึงแหล่งบริการจากสถานบริการทางสุขภาพต่างๆที่จัดให้บริการ เป็นตัวชี้วัดการเข้าหาแหล่งประโยชน์ของญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวจากแหล่งประโยชน์ที่จัดให้บริการ และสนับสนุนว่ารูปแบบการให้บริการแบบต่างๆเอื้อต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวหรือไม่เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เอื้อต่อครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสได้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆที่จัดให้บริการเพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการเข้าถึงแหล่งประโยชน์โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ระดับความสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาการเข้าถึงแหล่งประโยชน์รายข้อไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ระดับความสำคัญทางสถิติเช่นกัน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเนื่องมาจากหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ครบถ้วน เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครัวและสังคมอย่างมีความสุข และการดูแลด้านการสูญเสียความจำเพื่อเป็นการชลอความเสื่อมของสมอง การศึกษาครั้งนี้ศึกษากับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกและระยะกลางของโรคซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) แสดงถึงการพึ่งพิงผู้ดูแลหลักและครอบครัวในระดับต่ำ ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวอยู่ในระดับดีทุกด้าน ยกเว้นด้านการกระตุ้นการคิดการคำนวณอยู่ในระดับปานกลาง จากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถดูแลตนเองได้ในระดับดีผู้ดูแลหลักและครอบครัวอาจเสริมบางส่วนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถดูแลตนเองได้ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้าศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลางสู่ระยะสุดท้าย หรือระยะสุดท้ายของโรคที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันอยู่ในระดับความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกด้าน ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.257$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยพบว่าถ้าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดีตาม อาจเนื่องจากผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาจึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเวลาในการเข้าสังคมลดลง ซึ่งถ้าผู้ดูแลหลักมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Li Huang, et al. (2008) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ($r = 0.44$, $p = 0.001$) และการศึกษาของนริศ พุ่มจันทร์ (2548) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน เนื่องจากญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนมีหน้าที่รับผิดชอบมากอยู่แล้วเมื่อต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดความเครียด การดำเนินชีวิตเปลี่ยนจากเดิม การรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองจึงอยู่ในระดับกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.170$, $p\text{-value} = 0.026$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนมีระดับความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176$, $p\text{-value} = 0.011$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ที่บ้านและอาศัยอยู่ในชุมชน การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากเพื่อนบ้านและชุมชนมีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ เช่น อุบัติเหตุ การหลงทาง ส่วนการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเน้นการให้ความรู้เรื่องโรค การลดความเสี่ยงของสมอง หลักการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ ซึ่งครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเมื่อมาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาดังกล่าว อาจทำให้ครอบครัวได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนในการกลับไปดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวันให้ครบถ้วนและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่รู้หรือความหลงลืมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้สมองเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอยู่กับบุคคลครอบครัวและอาศัยอยู่ชุมชนได้โดยปลอดภัย ซึ่งบุคคลที่มีส่วนช่วยในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือสมาชิกในครอบครัวและบุคคลในชุมชน มีความสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล ดันเสถียร (2550) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากญาติโยมและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง

ตามแนวคิดเชิงนิเวศน์ WHO (2010) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมี 4 ระดับ คือ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านชุมชนและปัจจัยด้านสังคม จากการผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยระหว่างบุคคลคือครอบครัวและผู้ดูแลหลัก ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสอดคล้องกับแนวคิดเชิงนิเวศน์ที่ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมีทั้งปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านชุมชนและปัจจัยด้านสังคม ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินจากภาวะสุขภาพในด้านต่างๆซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลหลักครอบครัว ชุมชนและสังคม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 24.6 ($R^2 = 0.246$, $F = 5.121$, $p < 0.001$) เมื่อจำแนกรายปัจจัยอธิบายได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าระยะของโรคสมองเสื่อม ($b = 0.642$, $p < 0.001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($b = 0.554$, $p < 0.001$) ปัจจัยครอบครัวพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ($b = 0.197$, $p = 0.004$) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($b = 0.118$, $p < 0.001$) และปัจจัยชุมชนและสังคมพบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($b = 0.116$, $p = 0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยเพื่อเลือกปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ดีที่สุด โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.5 โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($b = 0.523$, $p < 0.001$) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 14.9 ($R^2 = 0.149$) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($b = 0.133$, $p = 0.001$) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 5.6 ($R^2_{\text{change}} = 0.056$) อธิบายได้ว่าหากต้องการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การบริการที่ได้ผลดีที่สุดคือ การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการบริการแก่ผู้ดูแลหลักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักซึ่งเมื่อญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีน่าจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ปัจจัยภายในบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยระหว่างบุคคลคือครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก และปัจจัยด้านสังคมและชุมชน คือการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน จากผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดเชิงนิเวศน์ทางสุขภาพของ WHO (2010) อธิบายระดับของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลมี 3 ระดับ คือ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ

Ricardo (2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของเด็ก พบว่าสุขภาพจิตของเด็กเกิดจากปัจจัยภายในตัวเด็ก ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยทางสังคมและชุมชน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาของสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน จากเจ้าหน้าที่ทีมบริการทางด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาติดตามการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารับดีและโรงพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง จำนวน 178 ชุด และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.5

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบวัดปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล

2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบวัดปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย

3.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.2 แบบวัดปัจจัยครอบครัว ได้แก่ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 3 แบบวัดปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชนและสังคม

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การเก็บข้อมูลใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และให้คะแนนลงรหัส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการพรรณนาข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยด้านครอบครัวและผู้ดูแลหลัก ปัจจัยด้านสังคมและชุมชน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แสดงผลเป็น ตารางความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดประเภทกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดในลักษณะมาตราช่วง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของกลุ่มปัจจัยแต่ละกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญในการสมมติฐานที่ $\alpha = 0.05$

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.97 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.40 คะแนน) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.67 คะแนน) ด้านที่พักอาศัย (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 คะแนน) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61 คะแนน) ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ ด้านความจำ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71 คะแนน) ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 0.98คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้ากับสังคม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) โดยผู้สูงอายุ สมองเสื่อมมีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคืออายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.6) และช่วงอายุ 60 – 69 ปี พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 14.7) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 39.4) ส่วนการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 14.7)

ด้านการเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งป่วยอยู่ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.6) ที่เหลืออยู่ในระยะกลางของโรค (ร้อยละ 42.4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุด (ร้อยละ 45.9) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 73.5) พบว่าอยู่ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 63.5)

สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 85.9) และพบว่าเป็นสิทธิขั้นสังกัดข้าราชการมากที่สุด (ร้อยละ 74.7)

2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.14 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.86 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยครอบครัว

3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มากกว่าครึ่งอยู่ในวัยกลางคน คือ มีอายุในช่วงอายุ 41 – 60 ปี (ร้อยละ 58.9) รองลงมาเป็นวัยผู้สูงอายุคืออายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.5) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 31.8) และส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.1) รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 30.6) ด้านการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือ

ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 21.8) ด้านการประกอบอาชีพประมาณ 1 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานบ้าน (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือรับราชการ (ร้อยละ 20.0) และค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวตามลำดับ (ร้อยละ 15.3) ด้านรายได้ของครอบครัวเกือบครึ่งมีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.5) เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 72.9) ที่เหลือมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 27.1)

3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.29 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.815 คะแนน)

3.3 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว

การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.76 คะแนน)

3.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักและครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.59 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.29 คะแนน)

3.5 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.14 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.56 คะแนน) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักที่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.70 คะแนน) ด้านจิตใจ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.22 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.89 คะแนน) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.26 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86 คะแนน) ส่วนคุณภาพชีวิตที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านสุขภาพกาย (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.14 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.847 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยชุมชนและสังคม

การสนับสนุนจากสังคมและชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.16 คะแนน) เมื่อจำแนกการสนับสนุนรายด้านพบว่า

การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพมีคะแนนอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67 คะแนน)

การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.37 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และ ปัจจัยด้านสังคมและชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ระยะของโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกของโรคมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลางของโรค ($r = -.265$, $p\text{-value} = <0.001$)
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386$, $p\text{-value} <0.001$)
3. การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = -.095$, $p\text{-value} = 0.109$)
4. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .048$, $p\text{-value} = 0.267$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .200$, $p\text{-value} = 0.009$)
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .257$, $p\text{-value} = 0.001$)
3. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .048$, $p\text{-value} = 0.266$)

4. การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = -.004$, $p\text{-value} = 0.479$)

5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .033$, $p\text{-value} = 0.335$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = .176$, $p\text{-value} = 0.022$)

2. การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ไม่มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.041$, $p\text{-value} = 0.296$)

ส่วนที่ 6 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านชุมชนและสังคมที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 24.6 ($R^2 = 0.246$, $F = 4.683$, $p < 0.001$) แต่พบว่าปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้และมีสัมประสิทธิ์ถดถอยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($b = 0.523$, $p = < 0.001$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($b = 0.133$, $p = 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 20.5 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($Beta = 0.374$) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ($Beta = 0.237$)

จุดเด่นของงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยในครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม นอกจากจะทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อนำมาเป็นแนวทางการบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวที่อยู่ใน

ชุมชนเพื่อคุณภาพการบริการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังได้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผลจากการได้รับการบริการในด้านต่างๆด้วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังนั้นผลการวิจัยจึงอาจไม่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีระยะของโรครุนแรง ที่ไม่สามารถมารักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางได้
2. เนื่องจากในขณะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจำเป็นต้องแต่งเครื่องแบบพยาบาลในการสัมภาษณ์เพื่อให้ญาติยอมรับและให้สัมภาษณ์ ซึ่งอาจมีผลให้ข้อมูลบางอย่างได้ผลการสัมภาษณ์ในด้านบวก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น เน้นความสามารถในการรับประทานอาหาร กระตุ้นความจำเพื่อเพิ่มความสามารถในการช่วยตนเอง กระตุ้นการทำงานของสมองด้านการคิดคำนวณ หรือการบวกลบเลข
2. เจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความสำคัญและดูแลผู้ดูแลหลักในทุกด้านควบคู่กับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับสังคมและชุมชน ถึงบทบาทที่สังคมและชุมชนสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เช่น ให้ความรู้เพื่อนบ้านและชุมชน ให้เข้าใจในความผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยดูแลเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่บ้านคนเดียว หรือเมื่อออกนอกบ้าน เพื่อป้องกันการหลงทาง และเป็นกำลังใจให้ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. เจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความรู้และให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และญาติควรบอกให้เพื่อนบ้านได้รู้ถึงความป่วยของผู้สูงอายุเพื่อจะทำให้เพื่อนบ้านเข้าใจและสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในการป้องกันการหลงทาง

หรืออันตรายต่างๆ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพควรมีทัศนคติในทางบวกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การบริการที่ส่งเสริมสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ยังมีการดำเนินของโรคไม่รุนแรงมากเช่นระยะแรกหรือระยะกลางเพื่อคงซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ศึกษารูปแบบบริการหรือจัดกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง เพื่อเป็นการชะลอความรุนแรงของโรค
3. ศึกษาแบบบริการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักควบคู่กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ดีที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

DETERMINANT OF THE QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY WITH DEMENTIA

ชวลิตา แสงสารวัตต์ 5136389 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุนีย์ ละกะปิ่น, กศ.ด., สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, M.D., M.Sc.,
ประครอง อินทรสมบัติ, ค.ม.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่กำลังทวีความสำคัญยิ่งขึ้น พบว่าอุบัติการณ์และความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543) ระบาดวิทยาโรคสมองเสื่อมของประชากรโลก พบว่าผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี มีอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 5 และผู้ที่มีอายุเกิน 80 ปี มีอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 12.5 (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ประเทศไทยพบภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 6.7 ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 36.0 สำหรับผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปพบภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 57.3 ในปี 2548 พบความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุไทย จำนวน 229,000 คน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

สมองเสื่อมเป็นภาวะการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เป็นอยู่จนถึงความจำเสื่อม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ป่วยรายนั้น (วันดี โภคะกุล และจิตินภา วาริชวโรตม์, 2547) ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น บกพร่องด้านความจำ สถิติปัญญา การเรียนรู้ การประกอบกิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจแก้ปัญหา การใช้ทักษะทางสังคมต่างๆ และมีพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสม สูญเสียความสามารถในการใช้

ภาษา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2543) นอกจากนี้อาการของโรคทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ก้าวร้าว มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หลงผิด และประสาทหลอน เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทำให้เป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวจะส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547; ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ, 2549) การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยคงสภาพหรือชะลอความเสื่อมของสมอง ซึ่งการบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งของภาครัฐและเอกชนยังอยู่ในขอบเขตจำกัด ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (นภาพร ฤทธิวีรกุล, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, อุษาดี อัครวิเศษ, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2549) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชนเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ปลอดภัย จากการเกิดอุบัติเหตุ หรือการหลงทาง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2543) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยตามความเสื่อมของสมองที่มากขึ้น มีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆน้อยลง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การทำความสะอาด หลักการขับถ่าย การสื่อสาร การเดินทาง การคิดคำนวณ การเข้าสังคม และปัญหาทางจิต (วิตกกังวล เห็นภาพหลอน หลงผิด) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (รัชฎา รักขนาม, 2543; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2543; วรรณนิภา บุญระยอง, 2543; วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์, 2546; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; วันดี โกะกุล และจิตินา วาริชโรตม์, 2547; ศศิธร ศิริมหาราชและคณะ, 2549) คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535) คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตตามประสบการณ์ที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ (Orem อ้างใน พัชณี นักรา, 2542) คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 2011, WHO Quality of Life-BREF, para. 2) สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ลอกส์ดอน (Logsdon, 1996) ได้พัฒนาแบบประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและด้าน

ความจำ และมีผู้นำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าการประเมินโดยผู้ป่วย และญาติให้ผลการประเมินไม่แตกต่างกัน (Logsdon and Albert, 1999)

ปัจจุบันปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับความสนใจจากผู้ให้การดูแลในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น มีการศึกษาวิจัยและจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนอกจากนี้เนื่องจากความเสื่อมของสมองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีรูปแบบการให้บริการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยในการศึกษานี้ ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ ซึ่งอธิบายว่าคุณภาพชีวิตของบุคคล เป็นผลมาจาก ปัจจัยของบุคคลเองและสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมมีตั้งแต่ระบบที่ใกล้ชิดมากที่สุดคือครอบครัว (Microsystem) ระบบของสิ่งแวดล้อมระดับกลาง (Mesosystem) เช่น ชุมชนและสังคม และการบริการด้านสุขภาพ (Bronfenbrenner, 1979) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปสู่แนวทางการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

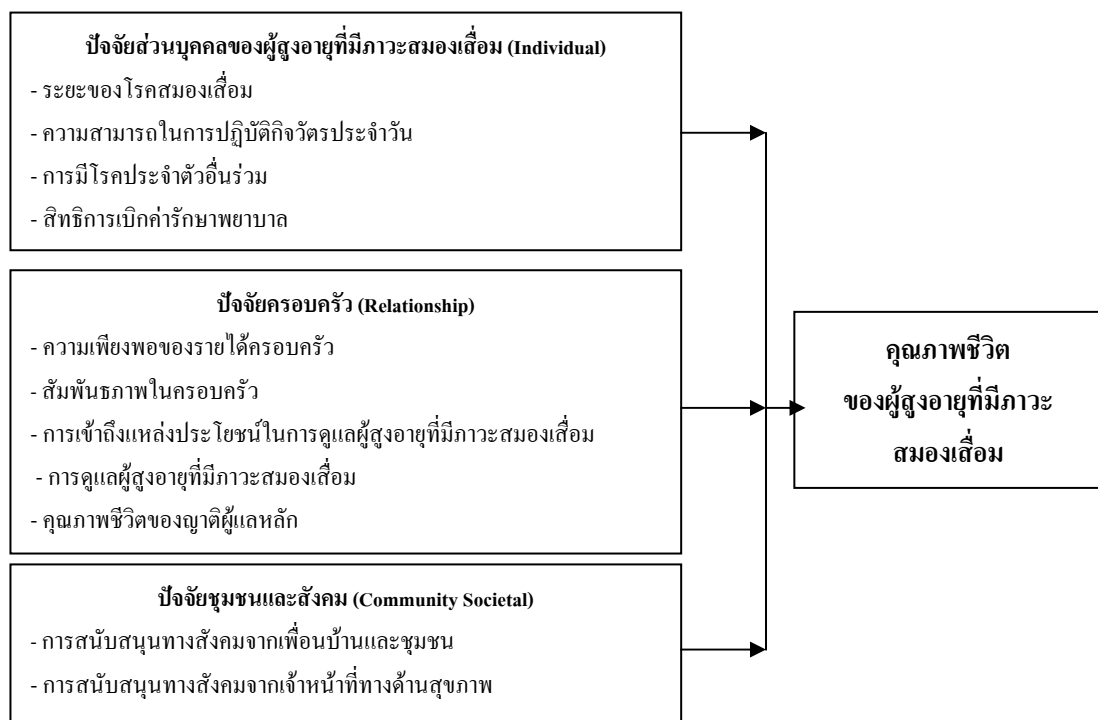
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. ปัจจัยหุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางดานสุขภาพ มีความสัมพันธกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. ปัจจัยส่วบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยหุมชน และสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดเชิงนิเวศนเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากแนวคิดเชิงนิเวศนกล่าวว่าระดับของปัจจัยที่มีผลต่อบุคคลมี 3 ระดับ คือ ปัจจัยภายในบุคคล (Individual factors) ได้แก่ การเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยระหวางบุคคล (Relationship factors) ความสัมพันธกับบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ปัจจัยหุมชนและสังคม (Community – Societal factors) ได้แก่ เพื่อนบ้าน คนในชุมชน เจ้าหน้าที่ทางดานสุขภาพ จากแนวคิดดังกล่าวสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



แผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive analytical Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 130 และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 170 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระยะแรกและระยะกลางของโรค (โดยการวินิจฉัยจากแพทย์) ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 120 คน และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 50 คน และมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบวัดปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา การศึกษา อาชีพ สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะของโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัวอื่นๆ ประวัติอาการหลงลืมของคนในครอบครัว และแบบวัดสมรรถภาพสมองเบื่องตัน (MMSE) เป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง และมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

1.2 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประยุกต์จากแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีเอดีแอล (Chula ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) มีจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติไม่ได้ (3) ปฏิบัติได้บางส่วน (2) ปฏิบัติเองได้ดี (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.91

ส่วนที่ 2 แบบวัดปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลหลักและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรค

ประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว รายได้และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง และมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

2.2 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ประยุกต์จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมาก (4) เป็นจริงปานกลาง (3) เป็นจริงน้อย (2) ไม่เป็นจริง (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.76

2.3 แบบวัดการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของครอบครัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในด้านต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว เช่นการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ การเข้าร่วมอบรม การเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ (4) เป็นบางครั้ง (3) นานๆครั้ง (2) และไม่เคยเลย (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.65

2.4 แบบวัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักมีจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ เป็นประจำ (3) เป็นบางครั้ง (2) ไม่เคยเลย (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.61

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) เล็กน้อย (2) ไม่เลย (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.88

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนของสังคมและชุมชน ประยุกต์จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ร่วมกับสืบค้นความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวได้รับจากเพื่อนบ้านและชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านกำลังใจ ด้านการดูแล ด้านข้อมูลความรู้ เป็นต้น จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ เป็นจริงมาก (4) เป็นจริงปานกลาง (3) เป็นจริงเล็กน้อย (2) ไม่จริงเลย (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.72

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ของ Rebecca Logsdon et al. (1996) จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบวัด

มาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก (4) ดี (3) ไม่ค่อยดี (2) ไม่ดีเลย (1) แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.84

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดทั้งหมดไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ ด้านผู้สูงอายุ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้จัดทำกลุ่มสัมพันธ์กับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล(หนังสืออนุมัติเลขที่ 2553/252) และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา (หนังสืออนุมัติเลขที่ สร 0313 (12500) 2.151 เลขที่โครงการ 53063) ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ หัวหน้าโครงการรังสีวินิจฉัย และรังสีร่วมรักษา สังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเชิญชวนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กับผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นอิสระ และขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจก่อนการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 ผู้วิจัย

ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 – 30 นาที สัมภาษณ์ทั้งหมด 170 คน ได้ข้อมูลที่ครบสมบูรณ์ 170 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและชุมชน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของแต่ละกลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญในการสมมติฐานที่ $\alpha = 0.05$

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษารั้งนี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.9 เพศชายร้อยละ 34.1 อายุเฉลี่ย 77.24 ± 6.9 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุ 70 – 79 ปี (ร้อยละ 44.7) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.9) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.2)

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและข้อมูลของครอบครัว

ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุเฉลี่ย 54.4 ± 13.7 ปี มากกว่าครึ่งเป็นวัยกลางคนคืออายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 58.8) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.5 มากกว่าครึ่งเป็นบุตรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุด (ร้อยละ 45.9) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.5) หนึ่งในสี่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 26.5) เกือบครึ่งหนึ่งครอบครัวมีรายได้ 50,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 46.5)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งอยู่ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 57.6) รองลงมาคือระยะกลางของโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 42.4) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม (ร้อยละ 73.5) เป็นผู้ที่มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 85.9 พบว่าเป็นสิทธิขั้นต้นสังกัดข้าราชการมากที่สุด (ร้อยละ 74.7) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.6 รองมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.7

ปัจจัยครอบครัว

พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 72.9) มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (Mean 37.29, SD 2.82) เกือบครึ่งหนึ่งมีการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี (Mean 11.4, SD 2.75) ส่วนใหญ่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี (Mean 35.59, SD 3.29) และส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean 101.14, SD 9.56)

ปัจจัยชุมชนและสังคม

พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 14.27, SD 2.67) และส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean 22.76, SD 2.67)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean 39.97, SD 5.40) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองมากที่สุด (Mean 3.06, SD 0.671) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความจำมีน้อยที่สุด (Mean 2.17, SD 0.714) (ดังตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คุณภาพชีวิตรายข้อ	Mean	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ความรู้สึเกี่ยวกับตนเอง	3.62	0.671	ระดับดี
ที่พักอาศัย	3.49	0.557	ระดับดี
สัมพันธภาพกับครอบครัว	3.41	0.611	ระดับดี
สภาวะทางการเงิน	3.36	0.603	ระดับดี
ชีวิตโสด ชีวิตคู่การแต่งงาน	3.35	0.74	ระดับดี
สัมพันธภาพกับเพื่อน	3.09	0.786	ระดับดี
ความสุขโดยรวม	3.05	0.598	ระดับดี
การเข้ากับสังคมหรือคนอื่น	3.00	0.799	ระดับดี
สุขภาพกาย	2.97	0.638	ระดับปานกลาง
กำลังเรี่ยวแรง	2.95	0.703	ระดับปานกลาง
อารมณ์	2.86	0.74	ระดับปานกลาง
การทำกิจวัตรประจำวัน	2.64	0.977	ระดับปานกลาง
ความจำ	2.17	0.714	ระดับปานกลาง
คุณภาพชีวิต โดยรวม	39.97	5.40	ระดับปานดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อมจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ($r = -.265$, $p\text{-value} < 0.001$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.386$, $p\text{-value} < 0.001$)

ปัจจัยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .200$, $p\text{-value} = 0.009$) และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก ($r = 0.257$, $p\text{-value} = 0.001$)

ปัจจัยชุมชนและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($r = 0.176$, $p\text{-value} = 0.022$) (ดังตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชนและสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
	r	b	beta	t	p-value
ปัจจัยด้านบุคคล					
ระยะของโรคสมองเสื่อม	-0.265**	-2.888**	-0.265	-3.564	<0.001
การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม	-0.095	-1.158	-0.095	-1.236	0.109
สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	0.048	0.742	0.048	0.623	0.267
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.386**	0.541**	0.386	5.431	<0.001
ปัจจัยด้านครอบครัว					
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	0.048	0.586	0.048	0.627	0.266
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.200**	0.383**	0.200	2.645	0.004
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว	-0.004	-0.008	-0.004	-0.052	0.479
การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแล	0.033	0.054	0.127	0.033	0.335
หลักและครอบครัว					
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก	0.257**	0.145**	0.257	3.453	<0.001
ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม					
การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน	0.176*	0.217*	0.176	2.313	0.011
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมบริการด้านสุขภาพ	0.041	0.084	0.041	0.538	0.296

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยชุมชน และสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = 0.246$, $F = 4.683$, $p < 0.001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน แต่ผลการวิเคราะห์ถดถอยพบแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($Beta = 0.374$) รองลงมา คือคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก ($Beta = 0.237$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 20.5 (ดังตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายที่ดีที่สุดกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	b	beta	R^2	R^2_{change}	t	P-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.523	0.374	0.149	0.149	5.408	< 0.001
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก	0.133	0.237	0.205	0.056	3.433	< 0.001
ค่าคงที่ (constant) = 17.518 $R^2 = 0.205$ $R^2_{adjust} = 0.196$ $F_{change} = 21.585$ p-value < 0.001						

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในการศึกษานี้พบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นการประเมินโดยญาติผู้ดูแล ซึ่งให้ความเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง มีที่พักอาศัย สัมพันธภาพกับครอบครัว สภาวะทางการเงิน ชีวิตโสดชีวิตคู่ การแต่งงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อน และมีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากประเด็นเหล่านี้เป็นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและสังคม ส่วนด้านสุขภาพกาย กำลังเรี่ยวแรง อารมณ์ การทำกิจวัตรประจำวัน และความจำ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์จะเสื่อมลงตามความรุนแรงของความเสื่อมของสมองที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำ

หน้าที่ของร่างกายความคิด โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของสมองกลุ่มตัวอย่างในศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและเป็นผู้ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะแรกและระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ผลที่พบนี้แตกต่างจากการศึกษาของศศิธร ศิริมหาพรและคณะ (2549) Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri (1999) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์อยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ Matsui, Nakaaki, Murata, Sato, Shinagawa, Tatsumi and Furukawa. (2006) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มต้นและระยะกลางของโรค มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ระยะของโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความเสื่อมของสมองในระยะแรกจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นทั้งนี้เพราะเมื่อความเสื่อมของสมองมากขึ้นทำให้การทำหน้าที่ต่างๆที่สั่งการมาจากสมองเสื่อมถอยลงความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆย่อมลดลงตามความเสื่อมของสมองที่มีมากขึ้นทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตน้อยลงตามความเสื่อมของสมองที่มีมากขึ้น ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri. (1999, 2002) และ Li Huang, Yeh Chang, Hung Tang, Chen Chiu and Chueh Weng (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ของสมรรถภาพสมองเบื้องต้นดีจะมีคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานของสมองเบื้องต้นน้อย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี นักรา (2542) ที่ว่าความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Logsdon, et al. (1999, 2002) Hoe, Katona, Orrell and Livingston (2007) ที่ว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่า (ADL) จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า

ปัจจัยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการศึกษาผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว คือเป็นลูก (ร้อยละ 57.0) และเป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 30.6) การมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ให้ความรักใคร่ห่วงใยซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยสนทนากันในครอบครัว มีการปรึกษาหารือกันและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนริวัช พุ่มจันทร์ (2548) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องพึ่งพาและเป็นภาระของญาติผู้ดูแลหลัก หากผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาพกาย ย่อมส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปได้ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นด้วย ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Li Huang, et al. (2008) พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม และสอดคล้องกับการศึกษาของนริวัช พุ่มจันทร์ (2548) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยชุมชนและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชน มีความต้องการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันเหมือนผู้สูงอายุอื่น การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การป้องกันการหลงทาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล ดันเสถียร (2550) พบว่าการสนับสนุนจากญาติโยมและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รองลงมาคือ

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 20.5 โดยปัจจัยบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 14.9 และปัจจัยครอบครัว ได้แก่คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลักสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 5.6 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดเชิงนิเวศน์บางส่วน จะเห็นได้ว่า การที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น สิ่งสำคัญคือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่นการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือตนเอง หากผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตนเองได้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลหลัก เป็นปัจจัยที่สำคัญรองลงมาที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล หากญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดี ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547; ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ, 2549)

ตามแนวคิดเชิงนิเวศน์ WHO (2010) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมี 4 ระดับ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านชุมชนและปัจจัยด้านสังคม จากการผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ระยะของโรคสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยระหว่างบุคคลคือ ด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลัก ปัจจัยชุมชนและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสอดคล้องกันแนวคิดเชิงนิเวศน์วิทยาที่ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านชุมชนและปัจจัยด้านสังคม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินจากภาวะสุขภาพในด้านต่างๆซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น ความสามารถในการรับประทานอาหาร กระตุ้นความจำเพื่อเพิ่มความสามารถในการช่วยตนเอง กระตุ้นการทำงานของสมองด้านการคิดคำนวณหรือการบวกเลข

2. เจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความสำคัญและดูแลญาติผู้ดูแลหลักในทุกด้านควบคู่กับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับสังคมและชุมชน ถึงบทบาทที่สังคมและชุมชนสามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เช่น ให้ความรู้เพื่อนบ้านและชุมชน ให้เข้าใจในความผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยดูแลเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่บ้านคนเดียว หรือเมื่อออกนอกบ้าน เพื่อป้องกันการหลงทาง และเป็นกำลังใจให้ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

4. เจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความรู้และให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และญาติควรบอกให้เพื่อนบ้านได้รู้ถึงความป่วยของผู้สูงอายุเพื่อจะทำให้เพื่อนบ้านเข้าใจและสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในการป้องกันการหลงทางหรืออันตรายต่างๆ เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพควรมีทัศนคติในทางบวกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การบริการที่ส่งเสริมสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ยังมีการดำเนินของโรคไม่รุนแรงมากเช่นระยะแรกหรือระยะกลางเพื่อคงซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ควรศึกษารูปแบบบริการหรือจัดกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองเพื่อเป็นการชะลอความรุนแรงของโรค

3. ศึกษาแบบบริการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักควบคู่กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ดีที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**DETERMINANT OF THE QUALITY OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE
WITH DEMENTIA****CHALISA SANGSARAWAD 5136389 PHPH/M****M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING****THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUNEE LAGAMPAN, Ed.D., SIRINTORN
CHANSIRIKARNJANA, M.D.,M.Sc., PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.****EXTENDED SUMMARY****Research Background and Significant**

Older people have limited regenerative abilities and are more prone to disease, syndromes, and sickness. Dementia disorder in elderly is one of the most important problems of public health nowadays. A study reviewed that the incidence and prevalence of dementia increases with age and number of elderly increases. (Rungnirun Praditsuwan, B.E. 2543) Results from world population epidemiology showed that the rate of *dementia* in people who are more than 65 years old has been found to be 5 percent and for those with age over 80 years is 12.5 per cent. (Kamman Phanthumajinda, B.E. 2543) In B.E.2548, it was found that Dementia disorders affected Thai people aged between 60-69, 70-79 and 80 or more, with 6.7 per cent, 36.0 per cent and 57.3 per cent respectively, and the prevalence of the systems in the elderly population was found in 229,000 people. (Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Health, B.E. 2548).

Dementia is a decline of mental abilities or cognitive functions resulted in a change in behavior and personality of the patient. (Wandee Pokakul and Jitnapha Warichwaroch, B.E. 2547) From this decline, patients always face daily problems such as impaired memory, intelligence, learning ability, problem solving, social skills and ability to carry out everyday activities, behavior and personality change and loss

of ability to use language as a result in difficulty coping everyday tasks and as dementia worsens individuals may neglect themselves and may become disinhibited. Eventually they must be taken care of by others. (Wannipa Bunrayong, B.E. 2543) Moreover, the dementia elders always have inappropriate symptoms such as aggressive, anxiety, depression and hallucinations which interrupt the abilities in living in society as a consequence of burdens of caregivers and family members. If patients do not receive cares from family, their well-being or quality of life will be affected. (Phichet Udomrat, B.E. 2547; Sasithorn Sirimaharaj et al., 2549) The scope of services in both the public and private sectors is still limited. Treatments of dementia disease currently focus on patient stabilization or slowing the degeneration of the brain. More than these, with government policies, elderly is promoted to be taken care by their own family members. (Napaporn Rhithiweerakul, Saipin Kasemkijwattana, Usa-Wadi Asdornvisej, Rung-Arrun Pradijsuwan, B.E. 2549) Therefore, family is the most important factor in promoting quality of life of elderly with dementia. Moreover helps from neighbors and community play an important environmental factors which can assist and support families in caring dementia elders safe from the accident or loss.

A study found that in the past dementia directly impacted on the dementia elderly's lives. (Suthichai Jitaphankul, B.E. 2549; Rungnirun Pradijsuwan, B.E. 2543) It was found that older persons with dementia will be able to care less and have restrictions on activities in daily routines and lost ability to carry out everyday tasks as the progressive of the brain degeneration. The daily activities such as eating, dressing, bathing, cleaning after toileting, communication, travel, calculation and social interaction become worsen as well as psychological problems (anxiety, hallucination and delusion), affecting their quality of life. (Rachada Rukkanam, B.E. 2543; Rungnirun Pradijsuwan, B.E. 2543; Wannipa Bunrayong, B.E. 2543; Wilaiwan Thongcharoen, Liwan Aun-naphirak and Somjit Petchpan, B.E. 2546; Phichet Udomrat, B.E. 2547; Liwan Aun-naphirak and Wilaiwan Thongcharoen, .E. 2547; Wandee Phokakul and Jitnapa Warichwaroch, B.E. 2547; Sasithorn Sirimaharaj et.al., B.E. 2549)

Quality of life is a characteristic of individuals' well-being. (Royal Institute Dictionary, B.E. 2535) Quality of life is a person perception from

experiencing life as-is by expressing satisfaction, and feeling of happiness in mind. (Orem cited in Phatchani Nakara, B.E. 2542) Quality of life includes physical condition, mental state, social relations and environment. (WHO, 2011, WHO Quality of Life-BREF, para. 2) For evaluating quality of life in dementia elders, Logsdon developed an assessment that encompassed the physical, mental, social, housing and memory. The assessment was used to assess quality of life in patients with dementia disorder. The result showed the same consequences between patients and relatives. (Logsdon and Albert, 1999)

Nowadays the problems of the elderly with dementia have received more attention from the healthcare providers. Many pieces of research and activities have been used to offer and provide family caregiver information about the essential cares for dementia elderly and understanding the progressing degeneration of the brain, effecting directly to the individuals' quality of life. Therefore, the researcher is very interested in the quality of life of dementia elders who are treated in a tertiary hospital with a good system of care and what factors influence the changes in their quality of life. In this study, ecological concept was applied. It explained that the individual's quality of life is a result from personal factors and environmental factors. The environmental factors include family, the most intimate environmental factor, (Microsystem), community and society (Mesosystem) and health services. (Bronfenbrenner, 1979) The results from the study can improve guidelines for care and support dementia elders to live in quality.

Research Objectives

To study the quality of life and factors influencing quality of life in elderly with dementia

Research Hypothesis

1. Personal Factors, including stage of the dementia, other health diseases, medical welfare and ability to perform daily activities, correlate with quality of life of elderly with dementia.

2. Family Factors, such as the adequacy of family income, family relationships, accessibility to resources, demented elderly care and quality of life of primary caregivers, are related to quality of life of elderly with dementia.

3. Community Factors and Social Factors, including social support from neighbors and community, support from healthcare providers, have a relationship with the quality of life of elderly with dementia.

4. Personal Factors, Family Factors and Community and Social Factors influence on quality of life of elderly with dementia.

Research Framework

This study applied the framework of Ecological Model associated with quality of life of elderly with dementia. The model ideas show 4 types of factors; Individual Factors including age, sex, health status, knowledge and self-care behaviors, Relationship Factors associated with the closest people such as family members or relatives, Community Factors such as neighbors and people in community, and Social Factors such organizations and public or private agencies related in health care system. This concept is summarized in the research framework.

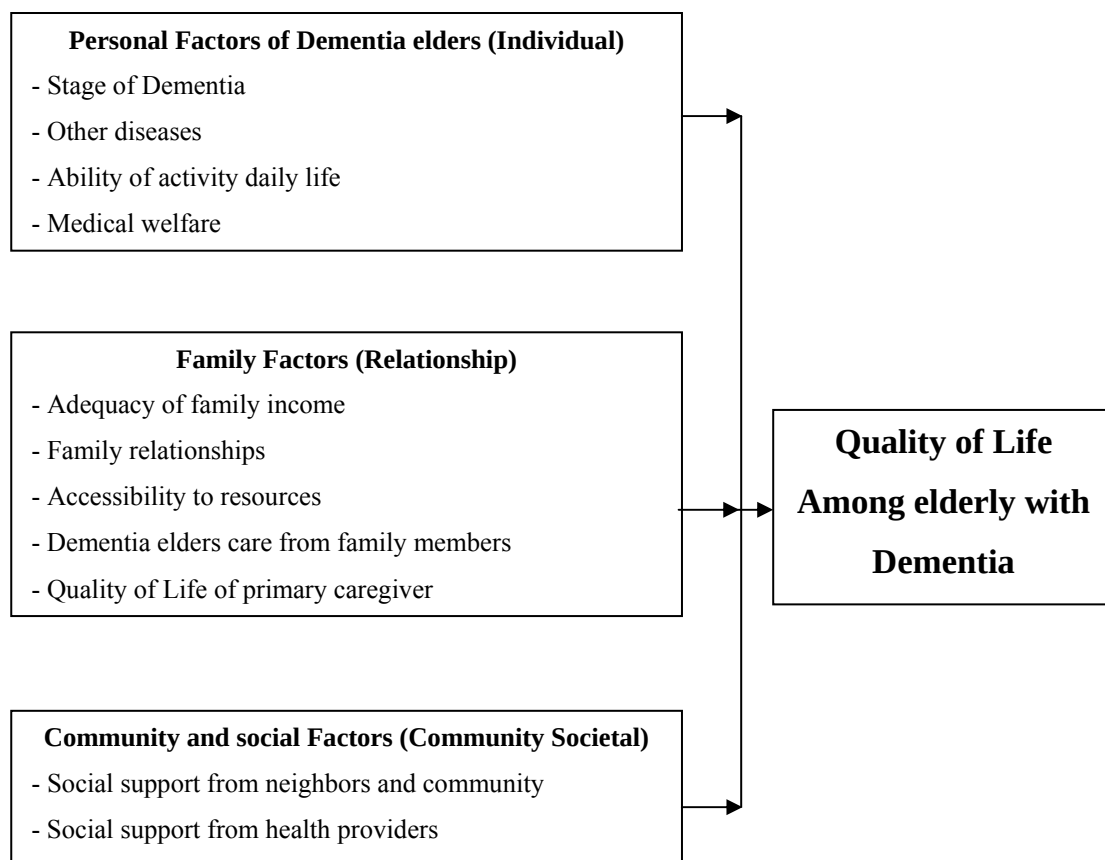


Diagram 2.2 Research Framework

Research design

The research was conducted with Descriptive analytical Research.

Population and Sample

Population in this study was elderly who have dementia disease and received treatment at the outpatient department inspection at Ramathibodi Hospital and Neurological Institute and Hospital, Bangkok. The calculation of sample group was 130 and increased in size of the sample by 30 per cent to prevent incomplete data. In this study 170 people were selected from a sample group of elderly with dementia, meeting the criteria of the study; being in the early and middle stage of the disease

(diagnosed by a doctor), having primary caregivers to provide information and voluntary participant.

Research Instruments

Section 1: A General Questionnaire.

1.1 These questions contain general information of the elderly with dementia, including age, sex, marriage status, education, occupation, residence rights and medical welfare, information about the illness, stages of dementia, other diseases, forgotten symptoms history in family, basic mental assessment (MMSE). It is a fill-in and answer-choice form.

1.2: An Ability Measurement Form. This form assesses the ability to perform daily activities in dementia elders. It was applied from a Practical Ability Index ADL(Chula ADL Index) of the Suthichai Chitapankul (B.E. 2541) with 7 questions, 3 rating scales; Unworkable (3), Partly Workable (2) and Own Good Practice (1). The test reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.91.

Section 2: A General Questionnaire; of family factor.

2.1 This contains general information of the primary caregivers, including sex, age, marriage status, education, occupation, present illnesses, relationship to elderly with dementia disease, number of family members, type of family, family income and adequacy. It is a fill-in and answer-choice questionnaire.

2.2: A Family Relationships Assessment, applied from a Family Assessment of Pongpaka Chunsangnet (B.E. 2538) With 10 questions, The assessment has 4 scale levels; True (4), Moderately True (3), Partly True (2) and Not True (1). The test reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.76.

2.3: A Family and Resources Assessment. This assessment was developed and designed by the researcher to evaluate the access ability to support in various cares for dementia elderly such as accessibility to information and knowledge, participation or seminar and dementia related activities. The assessment has 4 scale levels; Regular Basis (4), Sometimes (3), Seldom (2) and Never (1). The test reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.65.

2.4: A Dementia Care Assessment developed and designed by the researcher has 14 questions 3 scale measurements; Frequently (3), Occasionally (2) and Never (1). The test reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.61.

2.5: A Primary Caregivers' Quality of Life Assessment, adjusted from the World Health Organization quality of life Thai Version (WHOQOL-BREF). It contains 5 level measurements; Most (5), Very (4), Medium (3), Little (2) and None (1). The measurement reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.88.

Section 3: A Social and Community Support Assessment. This instrument created by the researcher is about social support from neighbors, community and healthcare providers to elderly with dementia disorder and their family in terms of encouragement, care, information, knowledge and so on. It contains 12 questions with 4 levels of measurement; Certainly True (4), Moderately True (3), Partly True (2) and Not True (1). The assessment reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.72.

Section 4: Quality of Life in Elderly with Dementia Assessment. This assessment was applied from Quality of Life in Elderly with Dementia Assessment of Rebecca Logsdon et al. (1996). This 13 question assessment contains 4 measurement levels which are Very Good (4), Good (3), Fair (2) and Poor (1). The assessment reliability with Cronbach's Alpha Coefficient type is 0.84.

Instruments Examinations

The instruments were examined by 5 professors to review the content and appropriateness of language. The suggestion was revised and tested in a trial, 25 family caregivers who are in the same criteria as the sample group.

Informant sample Confidentiality

This research has been considered to ensure ethics in human research. The Committee approved the Human Research Ethics of Ramathibodi Hospital, Mahidol University (Authorization No. 2553/252). Before collecting data, the research was sent

to the Committee of Human Research Ethic to consider and control the research in people in Neurological Institute Hospital (Authorization No. สธ 0313 (12500) 2.151).

Data collection

The researcher sent a letter to Dean of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Director of Department of Family Medicine, Director of Department of Psychiatry, Director of Diagnostic Radiology and Interventional Radiology, Ramathibodi Hospital Board of Medicine Mahidol University and a letter to Director of Neurological Institute Hospital. These aimed to ask for permission to conduct research in relevant units. The researcher persuaded the sample, mainly the primary caregivers of dementia elders by explaining the objectives and process of the research. The research participants had right to decide whether they want to participate or refused to take part in the study, and they were asked to voluntarily sign a consent form before the interview. The period of the study was in between September 2553 and December 2553. The interview was approximately 20 to 30 minutes for each participant. 178 people were interviewed, but 170 set were complete data, representing at 95.5 per cent.

Data Analysis

The researcher examined the validity of the assessment by analyzing the data with descriptive statistics and describing the sample with frequency, percentage, mean and standard deviation, maximum and minimum. Analytical Statistic was used to analyze the relationship of personal factors, family factors and social and community factors to the dementia elder's quality of life by using Pearson Product Moment Correlation Coefficient statistics and analyzing capabilities to predict each of the factors that influence quality of life in elderly with dementia. With Stepwise Multiple Regression Analysis, the significance of the hypothesis of α was 0.05.

Research Results

General characteristics of dementia elders and Primary caregiver

Elderly with dementia disease were female 65.9 % and males 34.1 per cent. The average age of the sample was 77.24 $\pm$ 6.9 years old and 44.7 % were in between 70 to 79 years of age. More than a half of them were married (55.9 %), and 51.2 % completed elementary education.

Primary caregivers mainly were women (80 %) with an average age of 54.4 $\pm$ 13.7 years old. More than a half of the caregivers were in middle-aged, between 41 and 60 years old (58.8 per cent). 66.5 per cent were married and more than a half were a child of the elderly (57.1 %). One-third completed a bachelor degree (33.5 %), one-fourth was unemployed and almost a half of family had income 50,000 Baht a month (46.5%).

Personal Dementia elders factors

It was found that more than a half of the elderly were in the early stages of dementia (57.6 %), followed by the medium stages of dementia with 42.4 %. Most of the elderly had other underlying diseases (73.5 %). 85.9 % had right in a medical welfare and 60.6 % had ability to perform activities of daily living at a good level, followed by 24.7 % at a moderate level.

Family factors

Most their families had enough income and saving (72.9 %). 96.5%, family relationships at a good level. Nearly a half, 45.9%, could access to resources in a good level of caring for dementia. Most primary caregivers and their families provided high level of care for the elderly with dementia (84.7%) and most of the primary caregivers had good quality of life (73.5 %).

Community and social factors

The family of dementia elders were supported by neighbors and the community at a good level, 40.6% and most received supports from health care teams at a good level as well (72.9 %).

Quality of life of Dementia elders

Quality of life of dementia elders was in a good level (Mean 39.97, SD 5.40), the highest mean score of quality of life associated with feelings about themselves (Mean 3.06, SD 0.671) and the lowest mean score of quality of life related to memory (Mean 2.17, SD 0.714). (Table 4.22)

Table 4.22 Mean Standard deviation of the quality of life of dementia elders.

Item of Quality of life	Mean	SD	Level of Quality of Life
Self as a whole	3.62	0.671	Good
Living situation	3.49	0.557	Good
Family relationship	3.41	0.611	Good
Money	3.36	0.603	Good
Single or Marriage	3.35	0.74	Good
Friends relationship	3.09	0.786	Good
Life as a whole	3.05	0.598	Good
Ability to do social or others	3.00	0.799	Good
Physical health	2.97	0.638	Medium
Energy	2.95	0.703	Medium
Mood	2.86	0.74	Medium
Ability to do daily activities	2.64	0.977	Medium
Memory	2.17	0.714	Medium
Quality of Life	39.97	5.40	Good

Relationships between Personal Factors, Family Factors and Community-Sociatal Factors and Quality of life of dementia elders

Personal factors associating with quality of life of elderly with dementia disease presented statistical significance at 0.05. This included the stages of dementia. The elderly in early stages of dementia will have better quality of life than those in the medium stages ($r = -.265$, $p\text{-value} < 0.001$). The ability to perform daily routine correlated positively with the quality of life in elderly with dementia ($r = 0.386$, $p\text{-value} < 0.001$). (Table 4.23)

Family and caregiver had a positive correlation with the quality of life of elderly with dementia disease with statistical significance at 0.05; relationships in the

family ($r = 0.200$, $p\text{-value} = 0.009$) and quality of life of primary caregivers ($r = 0.257$, $p\text{-value} = 0.001$). (Table 4.23)

Community and social factors associating with quality of life of dementia elderly were significant at 0.05. These included social support from neighbors ($r = 0.176$, $p\text{-value} = 0.022$). (Table 4.23)

Table 4.23 Relationships between Personal Factors, Family Factors and Community-Societal Factors and Quality of life of dementia elders

Variable	Quality of Life of Dementia elders				
	r	b	beta	t	p-value
Personal Factors					
Stage of Dementia disease	-0.265**	-2.888**	-0.265	-3.564	<0.001
Other diseases	-0.095	-1.158	-0.095	-1.236	0.109
Medical welfare	0.048	0.742	0.048	0.623	0.267
Ability of activity daily life	0.386**	0.541**	0.386	5.431	<0.001
Family Factors					
Adequacy of family income	0.048	0.586	0.048	0.627	0.266
Family relationships	0.200**	0.383**	0.200	2.645	0.004
Accessibility to resources of family members	-0.004	-0.008	-0.004	-0.052	0.479
Dementia elders care from family members	0.033	0.054	0.127	0.033	0.335
Quality of Life of primary caregiver	0.257**	0.145**	0.257	3.453	<0.001
Community and Social Factors					
Social support from neighbors and community	0.176*	0.217*	0.176	2.313	0.011
Social support from health providers	0.041	0.084	0.041	0.538	0.296

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Factors influencing quality of life of elderly with dementia

It was showed that personal factors, family factors and community and social factors could explain the variance of the quality of life of elderly with dementia with a significance ($R^2 = 0.246$, $F = 4.683$, $p < 0.001$). The factors that could significantly predict the quality of life of dementia elderly Alzheimer's disease included stage of dementia, elderly ability to perform daily activities, family relationships, quality of life of primary caregivers and support from neighbors and community. However, the analysis of multiple stepping regression presented that the most influencing factors to quality of life of dementia elderly was the ability to perform daily activities ($Beta = 0.374$), followed by quality of life of primary caregivers ($Beta = 0.237$). These could explain the change of dementia elders' quality of life at 20.5%. (Table 4.24)

Table 4.24 Multiple correlation coefficient between the best predictor and Quality of Life of Dementia elders

Variable	b	beta	R^2	R^2_{change}	t	P-value
Ability of activity daily life (ADL)	0.523	0.374	0.149	0.149	5.408	< 0.001
Quality of Life of primary caregiver	0.133	0.237	0.205	0.056	3.433	< 0.001
Constant = 17.518 $R^2 = 0.205$ $R^2_{\text{adjust}} = 0.196$ $F_{\text{change}} = 21.585$ p-value < 0.001						

Research discussion

Quality of life of dementia elders

This study found the overall quality of life of elderly dementia at a high level. Assessed by their caregivers, it was reported that the dementia elders had a good aspect in feeling about themselves, residences, relationship with family, financial condition, marriage status, relationship with friends and overall enjoyment. These issues are all related to quality of life in family and society aspects. In term of health, energy, emotions, daily activities and memory, a moderate level was assessed. The

condition of body, mental and emotion will be deteriorated due to the severity of the brain degeneration that directly affects the functions of the body and mind, especially in the brain. The sample group in this study was in early to moderate stage of dementia and treated continuously.

The result was different from the study of the Sasithorn Sirimaharaj et al (B.E. 2549) and Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri (1999) which found that the quality of life of patients with dementia disorder Alzheimer's type was in medium level. Furthermore, a study of Matsui, Nakaaki, Murata, Sato, Shinagawa, Tatsumi and Furukawa (2006) found that Japanese elderly with Alzheimer's disease in early to moderate stage had low quality of life.

Personal factors associated with quality of life of dementia elders

Stage of dementia is negatively correlated with quality of life in dementia persons. It was found that the persons who are in early stage of dementia have better quality of life than those in with advance brain degeneration. As the brain degeneration progresses, the ability to command body functions declines as well as the perception of quality of life is decreased. The results are consistent with studies of Logsdon, Gibbons, McCurry and Teri (1999, 2002) and Li Huang, Yeh Chang, Hung Tang, Chen Chiu and Chueh Weng (2008) which found that patients who have the ability in primary brain working conditions will have better quality of life than those with the low level of primary brain working conditions.

The ability to perform daily activities is positively related to quality of life of elderly with dementia. It was found that the dementia elderly who are still able to perform daily activities in a good level have a better quality of life rather than those who are less able or in lower level to do daily activities.

This study is associated with a study of Phatchani Nakara (B.E.2542) that the ability to perform activities of daily life are positively correlated with quality of life of patients with stroke, and according to the study of Logsdon et al. (1999,2002) Hoe, Katona, Orrell and Livingston (2007), it was found that dementia patients who are able to perform daily activities will have better quality of life than the sample group who have less ability to do daily tasks.

Family factors that are associated with quality of life of dementia elders

Family relationships is positively related to quality of life with dementia elders. From the study the majority of caregivers are the closest people in the family, which is a child (57.0 per cent) and spouses (30.6 per cent). A person with dementia disorder can be improved the their quality of life if their family have good relationships, loving and caring each other, intimate conversations with discussion and comments. Consisting with the study of Norawee Phumjan (2548), it was found that family relationships are related to quality of life in patients with mental illnesses.

Quality of life of primary caregivers is positively correlated with the quality of life of elderly with dementia because the elderly have to rely on their primary caregivers. If the primary caregivers feel that their quality of life is good in terms of environmental, psychological, social relationships and physical health affects, the quality of life in older persons with dementia disease is better as well. The results are consistent with a study of Li Huang, et al. (2008) showing that the caregivers' quality of life had a positive correlation with the quality of life of patients with Dementia disease, and a study of Norawee Phumjan (2548) also found that the quality of life of relatives of schizophrenic patients is associated with quality of life of schizophrenic patients.

Community-Sociatal factors associated with quality of life of dementia elders

Social support from neighbors and community is positively related to quality of life of elderly with dementia. Dementia elders living at home and in community have demands to perform everyday activities like other elderly. Supporting from neighbors and community to take care the dementia people such as preventing them from loss, can help the elderly with dementia live in community with happiness and good quality of life. This is consistent with the study of Pattarapon Tonsathian (2550) which found that the support from relatives and family has a relationships to quality of life of the monks who were sick with chronic diseases.

Social support from healthcare team service did not correlate with the quality of life of demented elderly. This is probably because most people reported that

the information and support they received were in a good health service and in this study, the primary caregivers receive information, advice and service such as the information and knowledge of the disease and the essential care, encouragement from healthcare providers, seminar invitation, proactive service such as home visits and care services during the day. All patients have received these services at low level. Therefore there is no correlation between social support and the quality of life of elderly with dementia.

Factors influencing quality of life of dementia elders

From the study, factors which are most influent quality of life in elderly with dementia are the ability to perform daily activities, followed by the quality of life of primary caregivers, which both could be predicted together at 20.5 per cent. The personnel factors including the ability to perform daily activities of demented elderly can explain variance of quality of life in dementia elderly at 14.9 per cent as well as the family factors such as quality of life of caregivers at 5.6 per cent which supports the concept of eco-some. It can be seen that the importance of encouragement and improve quality of life in dementia elders is their ability to carry out daily activities routines such as eating, self-service and so on. If the elderly are still able to help themselves, it will be an important factor influencing the better quality of life, followed by the primary caregivers or relatives. Because the elderly with illnesses rely on their caregivers, good quality of life in caregivers will affect the quality of life of elderly with dementia. (Phichet Udomrat, B.E. 2547 and Sasithorn Sirimaharaj et al, B.E. 2549)

Ecological Model of WHO in 2010, there are 4 factors affecting the behaviors, individual factors, between personal factors, community factors and social factors. From the study, the results showed factors which are affecting the demented elderly quality of life in all 4 areas; Individual factors which are the stage of dementia disease and the ability of performing daily activities, Between personal factors, divided in family factor which are relationships within the family and the quality of life of the caregiver, Community and Society factor which is a support from neighbors and community, consisting concepts that ecology affects behaviors, individual factors,

between personal factors, community factors and social factors. The decline in quality of life assesses from health status resulting from behaviors.

Research Application

1. Health care providers should encourage dementia elderly to perform their daily activities on a regular basis such as focusing the eating ability, stimulating using memory to increase ability to be independent and activating the brain in number calculation.
2. Health care teams should give priority and look after primary caregivers in all aspects of health services at the same level as the cares to demented elderly because quality of life of caregivers is one of the most influencing factors to quality of life of elderly with dementia.
3. It is also advised promoting and educating community and society about the roles of community and society to care the dementia. These include giving knowledge to neighbors and community to understanding the dementia disorder, taking care of demented elderly when they are home alone or leaving home to prevent lost and encouraging the family in caring for elderly with dementia.
4. The results showed that the elderly with dementia in the early stages of the disease and the medium-term quality of life. Most of the ability to perform daily activities on a good level, so health officials should have a positive attitude to the elderly with dementia that the elderly with cerebral early and medium term with good health and able to maintain services to promote health and quality of life.

Recommendations for further research

1. Model should be developed to enhance activities of daily living of the elderly with dementia who have the most severe of the disease such as early or middle stage of dementia to maintain health and quality of life for older persons with dementia.

2. Should study the patterns, program or activity of the brain to stimulate the slowing down the degeneration of the brain to the slowing of disease severity.

3. Should study the Service model to quality of life of primary caregivers to minimize coupled with care for the elderly with dementia as well as factors influencing health status or quality of life of elderly with dementia.

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง. (2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2004). *เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI)*. ข้อมูลจาก: <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol>.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อมโรคหรือวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.
- จดหมายข่าวสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเทศไทย, ปีที่ 7 (ฉบับที่ 2), 2548.*
- จันทิมา เย็นสุขใจ. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา ชำรัมย์ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). *ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 6(4), 2-13.
- ทิปประพิน สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วรพงษ์. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ฤทธิวีกรุล, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, อุษาวดี อัครวิเศษ, และ รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2549). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 7(2), 47-58.
- นรวิทย์ พุ่มจันทร์. (2548). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. นนทบุรี: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และ พชรวุฒิ กาญจนนาคินทร์. (2545). แบบประเมินโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์: ฉบับภาษาไทย. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 3(1), 21-31.
- นันทิกา ทวิชาชาติ และ ฌภัทร อังคะสุพลลา. (2547). การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 5(4), 2-9.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการแพทย์ : แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สร้างสื่อ จำกัด.
- ประภา ลิ้มประสูตร, แอนน์ สารจินดาพงศ์ และ วงเดือน สุวรรณศิริ. (2545). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก*. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.
- ปรียานุช เทียมดาว. (2540). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). อาการทางพฤติกรรมและจิตใจของโรคสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 5(1), 30-35.
- พัชนี นักรา. (2542). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ และคณะ. (2551). *มิติทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงในเด็กเยาวชน*. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- ภัทรพล ดันเสถียร. (2550). **คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทาง
การแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพดี กฤษณะงูตะ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุกับระดับความเหนื่อยล้า
ของญาติผู้ดูแล เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 5(1-5), 69-
76.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม.
วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(4), 31-37.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้**. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2543). การรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. **วารสารพัฒนาวิทยาและ
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(4), 45-49.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547). ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อม. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 5(1), 43-48.
- เล็ก สมบัติ. (2549). ภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. **วารสารพัฒนาวิทยาและ
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 7(3), 22-30.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2541). **กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม**. ภาควิชา
กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. **วารสารพัฒนา
วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(1), 11-17.
- วรรณา สามารถ. (2542). **คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). **การวิจัยทางการแพทย์: หลักการและแนวทางปฏิบัติ**. โครงการตำรา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และ สมจินต์ เพชรพันธุ์. (2546). รูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 4(1), 10-19.
- วันดี โภคะกุล และ จิตนภา วาริชวโรตม์. (2547). **การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับบุคลากร
สาธารณสุข**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- ศศิธร ศิริมหาราช, นิภาพรณ ทิพย์จักร, สุพัตรา ปานไผ่ และ ฤดีฉวีล อินทจักร. (2549). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่**. โรงพยาบาลเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงข้อมูลจาก: <http://stks.or.th/wg/dmslib/ebook/145/index.html>
- ศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดวัย 0-6 ปี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 6(1), 13-23.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). ทักษะการของผู้ดูแล. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 4(3), 39-42.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2009). **โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ**. เข้าถึงข้อมูลจาก: <http://www.agingthai.org>, 2009.
- สมจิตร ปทุมานนท์. (2546). **หลักการวิจัยเบื้องต้นสำหรับพยาบาลสาธารณสุข**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2010). เข้าถึงข้อมูลได้จาก: <http://www.azthai.org>
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2552). **สมองเสื่อม : Dementia**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Smart Care For People With Dementia. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2541). **การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ ใน: หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2549). หลักการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 7(4), 92-93.
- สุพิน ชัยรัตน์กิจ. (2536). **การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวทางสังคมของมารดาที่มีบุตรทุพพลภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. เข้าถึงข้อมูลได้จาก: <http://www.nso.go.th>
- เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หน่วยบริการข้อมูล งานเวชสารสนเทศ. (2552). กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลรามธิบดี.
- อรรณณ ลิขิตพรสวรรค์. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรณณ คูหา, จิตนภา วาณิชโรตม์, บุรีณี บุญมีพิพิธ และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2551). *โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ : การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2548). *หนังสือชีวิตริตติ การศึกษางานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ภาควิชาชีวิตริตติ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญชลี เจริญประดิษฐ์, วรรณ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังษพฤกษ์ และคณะ. (2533). *แบบทดสอบการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 35(4), 202-216.
- อารมย์ อร่ามเมือง. (2551). *การสนับสนุนและการให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพรัตน์ กลิ่นขจร. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Evridiki, P., Athena, K., Savvas, S., Papacostas, Haritini, T., & Panagiota, S. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden, The Authors. *Journal compilation, Caring for a relative with dementia*, 446-457.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., Hasegawa, Jun., Iguch, A. (2008). Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **46**, 367-374.
- Hiroshi, T., Shutaro, N., Katsuyoshi, T., Yoshihiro, Sh., Norio, W., Yoshie, M., Junko, S., Masaru, M. and Toshiaki A, F. (2009). Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: A two-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. **63**, 374-384.
- Huang-Li, H., Mei, Y. C., John Sai, H. T., Yi-Chen. C., Li-Chueh. W. (2008). Determinant of Discrepancy in patient- and caregiver-rated quality of life for persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 3107-3117.
- Juanita, H. Cornelius, H., Martin, O. and Gill, L. (2007). Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *International Journal of geriatric psychiatry*. **22**, 1031-1036.
- Kaplan, H.I., Sandock, B.J. (1988). *Synopsis of psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. 5th.ed. New York : Williams & Wilkins.
- Pierre, M., Gilles, S., Michel, Y., David, De. N., Louis, P., Jan, De. L. & Ovide, F. (2007). Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, Mild cognitive impairment, and controls. *International Journal of geriatric psychiatry*, **23**, 1103-1109.
- Rainier, P. Soriano. (2007). Depression, Dementia, and Delirium. *Geriatric Medicine: An Evidence Based Approach*, **4**, 261-249.
- Rebecca G. Logsdon. (1996). *Quality of Life-AD*. University of Washington, USA.
- Rebecca, G. L., Laura, M. M., Susan, M. M. & Linda, T. (1999). Quality of Life in Alzheimer's Disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, **5**(1), 21-32.

- Rebecca, G. L., Laura, E. G., Susan, M. Mc. & Linda, T. (2002). Assessing Quality of Life in Older adults With Cognitive Impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(510), 510-519.
- Rebecca, G. L., Steven M. A. (1999). Assessing Quality of Life in Alzheimer's Disease: Conceptual and Methodological Issues. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 3-6.
- Ricardo, H. & Amira C. M. F. (2004). Environmental influences on child mental health. *Journal de Pediatric*. 80(2), S104-110.
- Sallis, J. & Owen, N. (2002). Ecological models of Health Behaviors. *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice* (3^{ed}), CA, Sanfrancisco: Jossey-Bass, 462-484.
- Signe, A., Solve, E. (2006). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study, *International Journal of Nursing Studies*, 4(4), 435-446.
- Supaporn Songpracha. *The development of ecological family model in health promotion*. A thesis For the degree of doctor Mahidol University 2008.
- Teruo, M., Shutaro, N., Yoshie, M., Junko, S., Yoshihiro, Sh., Hiroshi, T. and Toshiaki A, F. (2006). Determinants of the Quality of Life in Alzheimer's Disease Patients as Assessed By the Japanese Version of Quality of Life- Alzheimer's Disease Scale. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 182-191.
- The Agency for Health Care Policy and Research and Quality. (1996). *Screening for Dementia Recommendation and Retionale*.
- World Health Organization. (2005). Alcohol And Interpersonal Violence Policy Briefing. *World Health Organization Regional Office for Europe*, Web site: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/2010>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ ศาสัตย์
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ. ดร. ขวัญใจ อำนางสัตว์ชื้อ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง
อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. แพทย์หญิงอรพิษฐา ไกรฤทธิ์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ หน่วยเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา

รายชื่อที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา

1. นางจิตนา นัตรกุลกวิน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะกรรมการโครงการคลินิกความจำ สถาบันประสาทวิทยา

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพหลโยธิน 6 ถนน 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๒๕๒

ชื่อโครงการ บัญชีที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
เลขที่โครงการ/รหัส TD ๐๕ ๕๓ ๕๕ ๒
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวชาลีสา แสงสารวัด
ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ ของซึ่งที่
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริทิพย์กุล)

ลงนาม _____
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง วงศ์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๓

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (เลขที่โครงการ 53063)
ผู้วิจัยหลัก	น.ส. ชากิศา เกตุสารวัจ
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณา	1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 2 กันยายน 2553 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานวิจัย ฉบับวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 3. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ฉบับวันที่ 30 กรกฎาคม 2553 4. แบบสอบถามการวิจัย ฉบับวันที่ 30 กรกฎาคม 2553
วันที่พิจารณาอนุมัติ	3 กันยายน 2553

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นภายในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดย
ติดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)


คณะกรรมการและเลขานุการ
(นางสาวพิมพ์พรก พูลขาว)

ที่ ตร 0313 (12500)2.126



สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
สถาบันประสาธาวิทยา เลขที่ 312 ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท แขวงราชวัถ กรุงเทพมหานคร 10400

25 สิงหาคม 2553

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน น.ส.ชาติสา แสงสารวัด

ตามที่ท่านซึ่งเป็นนักวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอน
และเข้ารับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการการอุดมศึกษา

เลขที่โครงการ 33063

ชื่อโครงการ การพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอน

ในขณะนี้ คณะกรรมการการอุดมศึกษาได้พิจารณาโครงการวิจัยของท่าน ซึ่งมีผลการพิจารณา
ตามแนวทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 9/2553 ในวันที่ 18 สิงหาคม 2553 เพื่อพิจารณา
การวิจัยในวงกว้างและความถูกต้องของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง และมีมติอนุมัติโครงการวิจัย
ดังต่อไปนี้

1. อนุมัติโครงการวิจัยการพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอน
2. อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัย
3. อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัย

และหากท่านมีความประสงค์ที่จะดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาธาวิทยา ท่านจะต้องดำเนินการจัดทำ
เอกสารโครงการวิจัยฉบับที่ 1 และส่งพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องและเอกสารเพิ่มเติม เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาอีกครั้ง จำนวน 1 ชุด
ภายในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 หากพ้นกำหนดนี้ไปแล้วจะถือว่าท่านยกเลิกการขอรับการพิจารณาโครงการวิจัย
ไม่สามารถแก้ไขตามมติของคณะกรรมการการอุดมศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ วัฒนศิริกุล)

ประธานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาธาวิทยา

โทร. 02-3547076 ต่อ 2402 โทรสาร 02-3545337

ภาคผนวก จ

หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชาลิสา แสงสารวัด

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้น ไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก จ เครื่องมือในการวิจัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

วันที่.....

แบบสัมภาษณ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

.....

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะนำข้อมูลไปใช้ในการ
การศึกษา และจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์และคุณค่า
อย่างยิ่งในการวางแผนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยรวมต่อไป

2. คำตอบของแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เนื่องจากคำถามสร้างขึ้นเพื่อวัด
การรับรู้และความคิดเห็นของท่านเท่านั้น ดังนั้นกรุณาตอบคำถามตามความจริงหรือความคิดเห็นที่เป็นจริง
ของท่านมากที่สุด

3. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักและครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

หมายเหตุ

ส่วนที่ 1 ถึง ส่วนที่ 3 สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

ส่วนที่ 4 สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมหรือผู้แทนโดยชอบธรรมและผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล)

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2. แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความแต่ละข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงหรือตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูล

1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง

2. ปัจจุบันอายุ..... ปี (หรือ วันเดือนปีเกิด)

3. สถานภาพสมรส

[] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย [] 4. หย่า/แยก

4.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

[] 1. ต้นสังกัดข้าราชการ

[] 2. รัฐวิสาหกิจ

[] 3. ประกันสังคม

[] 4. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ บัตรทอง

[] 5. ไม่ใช้สิทธิ์ใดๆ อย่างเอง

[] 6. อื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลหลักและครอบครัว (สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล)

ประกอบด้วย 6 ส่วน 1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลหลัก 2. ข้อมูลทั่วไปด้านครอบครัว
3. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว 4. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยของ
ครอบครัว 5. แบบวัดการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลหลักและครอบครัว 6. แบบวัดคุณภาพชีวิต
ของญาติผู้ดูแลหลัก

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลหลัก

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง 2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐
4. หย่า/แยก
4. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม
- ☐ 1. สามีหรือภรรยา ☐ 2. บุตร ☐ 3. หลาน
- ☐ 4. บุตรเขย หรือ บุตรสะใภ้ ☐ 5. พี่ หรือ น้อง ☐ 6. อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษา
- ☐ 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ☐ 5. ปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- 6.....
-

รายได้ของครอบครัว

- 2.1 รายได้รวมของครอบครัวโดยประมาณกิโลบาท / เดือน 2.2 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว
- ☐ 1. น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ 1. เพียงพอและเหลือเก็บสะสม
- ☐ 2. 5,000 – 15,000 บาท ☐ 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บสะสม
- ☐ 3. 15,001 – 25,000 บาท ☐ 3. ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
- ☐ 4. 25,001 – 35,000 บาท ☐ 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
- ☐ 5. 35,001 – 50,000 บาท
- ☐ 6. มากกว่า 50,000 บาท

3. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวของท่านในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านเลือกตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มีตัวเลือกดังนี้

- | | | |
|-----------------|---------|--|
| เป็นจริงมาก | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในครอบครัวของท่านมากหรือเกิดขึ้นเป็นสม่ำเสมอ |
| เป็นจริงปานกลาง | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในครอบครัวของท่านปานกลางหรือเกิดขึ้นพอประมาณแต่ไม่สม่ำเสมอ |
| เป็นจริงน้อย | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นในครอบครัวของท่านเป็นส่วนน้อยหรือนานๆ ครั้งจึงเกิดเหตุการณ์ขึ้น |
| ไม่เป็นจริง | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวของท่านเลย |

สำหรับผู้สัมภาษณ์ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดเพียงข้อเดียว

ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา	เป็นจริง มาก (4)	เป็นจริง ปานกลาง (3)	เป็นจริง น้อย (2)	ไม่เป็น จริง (1)
1. สมาชิกในครอบครัวรักใคร่ห่วงใยผู้สูงอายุ สมองเสื่อม				
2. สมาชิกในครอบครัวรักใคร่ห่วงใยซึ่งกันและกัน				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. โดยสรุปแล้วท่านคิดว่าสัมพันธภาพใน ครอบครัวของท่านอยู่ในเกณฑ์ดี				

4. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแลหลักและครอบครัว

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ถามถึงพฤติกรรมของท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการทราบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวท่านมีภาวะสมองเสื่อม มีคำคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ให้ท่านเลือกข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านและครอบครัวท่านทำมากที่สุดเพียงข้อเดียว

สำหรับผู้สัมภาษณ์ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากสื่อต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ หนังสือ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต
☐ 1. ไม่เคยเลย
☐ 2. นานๆ ครั้ง
☐ 3. เป็นบางครั้ง
☐ 4. เป็นประจำสม่ำเสมอ
2. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าอบรมหรือฟังบรรยายเพื่อเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เมื่อโรงพยาบาลหรือหน่วยงานต่างๆ จัดให้บริการ
☐ 1. ไม่เคยเข้าร่วมเลย
☐ 2. นานๆ ครั้ง
☐ 3. เป็นบางครั้ง
☐ 4. เป็นประจำทุกครั้ง
3.
4.
5.

5. แบบวัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแลหลักและครอบครัว

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ถามถึงพฤติกรรมของท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านเลือกข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านหรือครอบครัวมากที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ มีตัวเลือกดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง แล้วแต่โอกาส
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

สำหรับผู้สัมภาษณ์ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดข้อเดียว

ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา	เป็นประจำ (3)	เป็นบางครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติ (1)
1. ท่านและสมาชิกในครอบครัวดูแลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะในแต่ละมื้อ และครบ 3 มื้อต่อวัน			
2. ท่านและสมาชิกในครอบครัวเลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น อาหารนุ่มๆ รับประทานง่าย ย่อยง่าย			
3. ท่านและสมาชิกในครอบครัวดูแลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับประทานยาครบทุกมื้อ			
4. ท่านและสมาชิกในครอบครัวเตรียมอุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวกในการใช้งานเตรียมไว้ให้ผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ในการอาบน้ำ การเตรียมเสื้อผ้าให้สวมใส่ หรือดูแลให้ผู้สูงอายุอาบน้ำและสวมใส่เสื้อผ้าถูกต้อง			
5. ท่านและสมาชิกในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลาเดิมสม่ำเสมอทุกวัน ไม่เกิดปัญหาปัสสาวะหรืออุจจาระราด			
12.			
14. ท่านและครอบครัวจัดปฏิทิน นาฬิกา และถามวันเวลาทุกวันเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบวันเวลาในแต่ละวัน			

6. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน มีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

ในช่วง 2 เดือน ที่ผ่านมา	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพร่างกายของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. ในช่วง 2 เดือนท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันมากน้อย.....					
26. โดยรวมแล้วท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตหรือชีวิตความเป็นอยู่อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน (สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล)

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ที่ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับในการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและชุมชนที่อาศัยอยู่ ตั้งแต่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ให้ท่านเลือกตอบตามความเป็นจริงที่ท่านและครอบครัวได้รับมากที่สุด คำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ มีตัวเลือก 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------------|---------|---|
| เป็นจริงมาก | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับมากที่สุด |
| เป็นจริงปานกลาง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับปานกลาง |
| เป็นจริงน้อย | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเล็กน้อย |
| ไม่จริงเลย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเลย |

สำหรับผู้สัมภาษณ์ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นหรือคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์เพียงข้อเดียว

คำถาม	เป็นจริง มาก (4)	เป็นจริง ปาน กลาง (3)	เป็นจริง เล็กน้อย (2)	ไม่จริง เลย (1)
1. เพื่อนบ้านในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ สามารถช่วยเป็นหูเป็นตาให้ท่าน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....				
2. เมื่อผู้สูงอายุออกนอกบ้าน หรือท่านพาออกนอกบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ช่วยเป็นหูเป็นตาในการดูแลป้องกันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลงทาง				
9. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี เมื่อท่านพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจ.....				
11. ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมอบรมเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อโรงพยาบาล.....				
12. ท่านได้รับคู่มือหรือหนังสือความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากโรงพยาบาล				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ถามผู้ดูแลเพื่อประเมินเหตุการณ์หรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา และให้ผู้ดูแลหรือผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุดเพียงข้อเดียว มีทั้งหมด 13 ข้อ โดยมีตัวเลือกดังนี้

ดีมาก	หมายถึง	มีความรู้สึกดีมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์
ดี	หมายถึง	มีความรู้สึกดีหรือรู้สึกพอใจในระดับกลางหรือค่อนข้างดี
ไม่ค่อยดี	หมายถึง	มีความรู้สึกเล็กน้อย หรือรู้สึกไม่ค่อยจะดี หรือค่อนข้างไม่ดี
ไม่ดีเลย	หมายถึง	มีความรู้สึกไม่ดีเลย หรือรู้สึกแย่มาก

สำหรับผู้สัมภาษณ์ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์เพียงข้อเดียว

ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา	ดีมาก (4)	ดี (3)	ไม่ค่อยดี (2)	ไม่ดีเลย (1)
1. สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นอย่างไร				
5. ความจำของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นอย่างไร				
9. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความรู้สึกอย่างไรกับตนเอง				
.				
13. โดยภาพรวมแล้วชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นอย่างไร				

ภาคผนวก ข

ตารางแสดงความสัมพันธ์

ตารางภาคผนวกที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ศึกษาในการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ปัจจัยส่วนบุคคล											
1 ระยะของโรคสมองเสื่อม	1.00										
2 การมีโรคประจำตัวอื่นร่วม	.083	1.00									
3 สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	-.029	.101	1.00								
4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจฯ	-.718**	-.054	.063	1.00							
ปัจจัยครอบครัว											
5 ความเพียงพอของรายได้ฯ	-.014	.019	.175	-.022	1.00						
6 สัมพันธภาพในครอบครัว	-.105	.014	-.025	.114	.298**	1.00					
7 การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ฯ	.014	-.034	.133*	.024	.195**	.108	1.00				
8 การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมฯ	-.041	.055	.062	.089	.166*	.198**	.181**	1.00			
9 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลฯ	-.062	.187	.068	.054	.171*	.216**	.006	-.016	1.00		
ปัจจัยชุมชนและสังคม											
10. การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านฯ	-.056	.034	.002	.074	-.078	.080	-.030	.089	.254**	1.00	
11 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ฯ	.027	-.008	.066	-.040	.076	.154*	.393**	.094	.005	.018	1.00

ตารางภาคผนวกที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคสมองเสื่อม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 170)

ตัวแปร	n	mean	S.D.	F	p-value
สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์	78	40.29	5.73	0.303	0.739
สมองเสื่อมชนิดอื่นๆ	70	39.60	5.41		
สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ร่วมกับชนิดอื่นๆ	22	40.00	4.16		

ตารางภาคผนวกที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 170)

ตัวแปร	n	mean	S.D.	F	p-value
ราชการเบิกจ่ายตรง	127	40.16	5.44	0.816	0.487
รัฐวิสาหกิจ	6	41.00	5.44		
ประกันสุขภาพหรือบัตรทอง	12	37.92	5.35		
ไม่มีสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือจ่ายเอง	24	39.33	4.97		

ไม่คิดรวมสิทธิประกันสังคม 1 ราย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ชาลิสา แสงสารวัด
วันเดือนปีเกิด	29 กรกฎาคม 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2542 – 2546: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551 – 2554: วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน และสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2546 – ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาล งานการพยาบาลศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่ปัจจุบัน	270 อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ 9/2 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระรามหก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 087 997 2907 E mail : chalisa_ksk@windowsslive.com