

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม\*  
**SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF OLDER  
 PERSONS WITH DEMENTIA**

ภาณุชนาถ พุสี, พยบ. (Panudchanard Phoosri, BNS.)\*\*

โสภิน แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, RN, Ph.D.)\*\*\*

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.)\*\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** This descriptive correlational research aimed at investigating relationships between age, gender, marital status, depression, activity of daily living, and mental state and quality of life of older persons with dementia.

**Methods:** The participants consisted of 163 older persons with dementia, visiting in outpatient department of Prasat Neurological Institute. Data were collected by interview using five questionnaires comprising the Personal data questionnaire, Mini-Mental State Examination-Thai Version, Barthel Activities of Daily Living Index Thai version,

WHOQOL-BREF-Thai questionnaire and Thai Geriatric Depression Scale-15. Descriptive statistics, Spearman's rank-order correlation and Chi-square were used for data analysis.

**Results:** The study results revealed that age and depression were negatively and significantly related to quality of life ( $r = -.236, p < .01$ ;  $r = -.836, p < .001$ , respectively). Activity of daily living and mental state were positively and significantly related to quality of life ( $r = .455, p < .001$ ;  $r = .562, p < .001$ , respectively). Marital status was significantly related to quality of life ( $X^2 = 14.895, p < .01$ ).

\* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Master's student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

\*\*\* Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University), E-mail: [sopin.san@mahidol.edu](mailto:sopin.san@mahidol.edu)

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

วันที่รับ (received) 8 มีนาคม 2561 วันที่แก้ไข (revised) 10 พฤษภาคม 2561 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 พฤษภาคม 2561

However, gender was not related to quality of life ( $p > .05$ ). Results from this study provided important information to plan for increasing quality of life of older persons with dementia.

**Keywords:** Quality of life, Older persons with dementia, Factors, Activity of daily living, Depression

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การศึกษาแบบบรรยายความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 163 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เทลฉบับภาษาไทย แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์

**ผลการศึกษา:** ผลการวิจัยพบว่า อายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.236, p < .01$ ;

$r = -.836, p < .001$  ตามลำดับ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .455, p < .001$ ;  $r = .562, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 14.895, p < .01$ ) และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ( $p > .05$ ) ผลการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลที่สำคัญในการนำไปวางแผนเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า

### ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 50 ล้านคน และมีอุบัติการณ์ของโรคประมาณ 10 ล้านคนต่อปี มีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 และ 2050 จะมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 82 และ 152 ล้านคน ตามลำดับ (WHO, 2017) สำหรับการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 228,836 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และพบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นด้วยโดยช่วงอายุ 60-69 ปี จะพบเป็นโรคสมองเสื่อม 12.4 % ส่วนช่วงอายุ 70-79 ปีจะพบเป็นโรคสมองเสื่อม 14.7% และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะพบเป็นโรคสมองเสื่อม 32.5% (สมาคมผู้ดูแล

ผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2556)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยอาการถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาว์ปัญญา (Cognition) ด้านอารมณ์ พฤติกรรมและด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความถดถอยด้านเชาว์ปัญญา เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือตั้งใจจะทำ มีความบกพร่องในเรื่องความเข้าใจและความสามารถในการเรียนรู้ ความถดถอยในด้านอารมณ์ พฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่ายมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และความถดถอยในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ด้วยตนเอง (สำนักกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2558; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) จากอาการของโรคที่เป็นเรื้อรัง และการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อระบบโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงครอบครัวผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการของโรคเรื้อรัง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ทำให้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งอาการของโรคส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทำให้ผู้ป่วยบกพร่องความสามารถในการดำเนินชีวิต เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ความสามารถในการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และพบว่าอาการของโรคส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Bicket, Samus, McNabney, Onyike, Mayer, Brandt et al., 2010; Sheehana, 2012; Venturato, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความสำคัญ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี จะมีการดำเนินโรคช้า (Dourado, Sousa, Santos, Simões Neto, Nogueira, Belfort et al., 2015) รวมทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมเมื่อมีคุณภาพชีวิตต่ำจะส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการรักษาของโรคแย่ลง (Moyle & Dwyer, 2012) และพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสมองเสื่อมมากขึ้น (Dourado et al., 2015) แต่ในปัจจุบันการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Dourado et al., 2015; Hoe, Hancock, & Orrell, 2006; Hurt et al., 2008; Li et al., 2012; Sala, Olmo, Garriga, Pousa & Franch, 2009; Wetzels, Zuidema, Jonghe, Verhey, & Koopmans, 2010) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตซึ่งจะสามารถแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือ การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อสถานการณ์ชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและระบบสังคมที่ตนใช้ชีวิตอยู่ รวมถึง

ความคาดหวังมาตรฐานทางสังคมของตน (WHO, 2004) โดยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิตสามารถอธิบายได้ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น รับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมปี ัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลางร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยให้ทั้งผู้ป่วยเองและผู้ดูแลประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินโดยผู้ป่วยเองและผู้ดูแลมานำเสนอผลการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบมุมมองความเข้าใจคุณภาพชีวิตจากตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อม จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมประเมินโดยผู้ป่วยเอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Dourado et al., 2015; Hoe et al., 2006) ความวิตกกังวล (Hoe et al., 2006) การตระหนักรู้อาการป่วยโรคสมองเสื่อม

(Dourado et al., 2015) และ อาการทางจิตประสาท (Dourado et al., 2015; Hurt et al., 2008; Sala et al., 2009) สำหรับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมประเมินโดยผู้ป่วยเองได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Sala et al., 2009) และ สมรรถภาพทางสมอง (Hoe et al., 2006; Hurt et al., 2008; Wetzels et al., 2010) สำหรับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมประเมินโดยผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Dourado et al., 2015; Hoe et al., 2006) ความวิตกกังวล (Hoe et al., 2006) ปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วย (Hoe et al., 2006) ปัญหาพฤติกรรมพึ่งพา (Hoe et al., 2006) อาการทางจิตประสาท (Dourado et al., 2015; Hurt et al., 2008; Sala et al., 2009; Wetzels et al., 2010) ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Dourado et al., 2015; Sala et al., 2009) ความเฉยเมยของผู้ป่วย (Hurt et al., 2008) ปัญหาอารมณ์จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Hurt et al., 2008) การตระหนักรู้อาการป่วยโรคสมองเสื่อม (Dourado et al., 2015) และการใช้ยารักษาอาการทางจิต (Wetzels et al., 2010) สำหรับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมประเมินโดยผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Hoe et al., 2006; Sala et al., 2009; Wetzels et al., 2010) และภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Sala et al., 2009) สำหรับปัจจัยที่พบว่าผลการศึกษาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจน นั่นคือบางการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางลบ หรือทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ความรุนแรง

ของอาการสมองเสื่อม (Hoe et al., 2006) และอายุ (Sala et al., 2009)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวช ณ โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยเฉพาะทางโรกระบบประสาท ระดับตติยภูมิเป็นศูนย์กลางการรักษาโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 50 สาเหตุมาจากการดำเนินของโรคสมองเสื่อมที่รุนแรงขึ้น อย่างไรก็ตามจากการที่พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีการดำเนินโรคช้า (Dourado et al., 2015) ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลางจึงมีความสำคัญอันจะสามารถคงการดำเนินโรคของผู้ป่วยไว้ การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษามาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นปัจจัยที่ประเมินโดยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้วางแผนทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

**อายุ** เป็นเวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิด หรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึงระยะเวลาที่กำหนดไว้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2559) ช่วงอายุของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุมากขึ้นจะมีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นทำให้รู้สึกที่ตนเองไร้ค่าเป็นภาระต่อครอบครัว จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นหมายถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Sala et al., 2009)

**เพศ** เป็นลักษณะที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2559) จากการทบทวน



งานวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง จากการ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพศชาย จะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง (Sala et al., 2009)

**สถานภาพสมรส** เป็นความผูกพันระหว่าง ชายและหญิงในการเป็นสามีภรรยาพบว่าผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่จะ ประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน จะไม่รู้สึกล โดดเดี่ยว มีผู้ดูแล จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สมรสแล้วอยู่ด้วย กันจะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตดีกว่าสถานภาพ สมรสอื่น (Li et al., 2012)

**ภาวะซึมเศร้า** เป็นสภาวะอารมณ์จิตใจที่ หม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ มองโลกใน แง่ร้าย แสดงออกได้ทั้ง ทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย เป็นระยะเวลาานเกิน 1 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีอาการของผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าคือ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า เป็นต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เช่น หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเอง ไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองมีความผิด คิดซ้ำ สมาธิเสีย มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออาจจะมีอาการ ประสาทหลอนร่วมด้วย มีการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านสังคม เช่น แยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรรณทร์, 2537) จากการ ทบทวนงานวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความ สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้นหมายถึง ผู้สูงอายุภาวะ

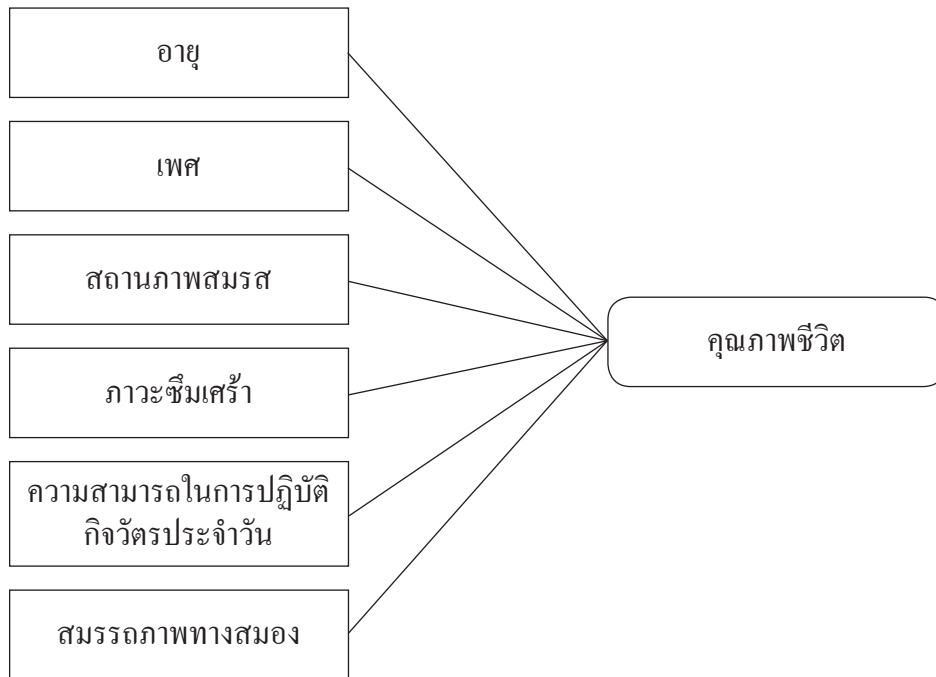
สมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีแนวโน้มมี คุณภาพชีวิตต่ำ (Dourado et al., 2015; Hoe et al., 2006)

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยการประเมิน กิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับ ประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการ ขับถ่ายปัสสาวะและการควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2542) ผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตาม ศักยภาพ จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการทบทวน งานวิจัย พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้นหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้มากจะมีแนวโน้มมีคุณภาพ ชีวิตดีกว่า ผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้น้อย (Hoe et al., 2006; Sala et al., 2009; Wetzels et al., 2010)

**สมรรถภาพทางสมอง** เป็นความสามารถ ในการทำงานของสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้าน การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation to time and place) ด้านความจำ (Registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการ แสดงออกทางภาษา (Language) และด้านการจดจำ ภาพโครงสร้างด้วยสายตา (Visual constructional) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) จากการ

ทบทวนงานวิจัย พบว่า สมรรถภาพทางสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้นหมายถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีระดับสมรรถภาพทางสมองสูงจะมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hoe et al., 2006; Hurt et al., 2008; Wetzels et al., 2010)

ดังนั้น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**คำถามการวิจัย**

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไร

**สมมติฐาน**

อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกสมองเสื่อม และศูนย์ผู้สูงอายุ สุขกาย สุขใจ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางโรกระบบประสาท ระดับตติยภูมิ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการของ Power analysis ของ Cohen (1988) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าขนาดความสัมพันธ์ของสมรรถภาพทางสมองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ( $r = 0.21$  ถึง  $0.31$ ) (Hoe et al., 2006) ผู้ศึกษาจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ  $0.21$  กำหนดระดับนัยสำคัญ  $\alpha$  ที่  $0.05$  อำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$ ) ที่  $0.80$  คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power ได้หน่วยตัวอย่างที่ 136 หน่วยตัวอย่างเพื่อการป้องกันการสูญหายของหน่วยตัวอย่างและข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 รวมหน่วยตัวอย่างทั้งสิ้น 163 หน่วยตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อย หรือ ปานกลาง 3) ไม่มีความพิการทางสายตา และ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจในการศึกษาครั้งนี้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 163 คน

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ 01-60-69 ย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ 60030 จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางโรกระบบประสาท ระดับตติยภูมิ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบหรือเติมข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การพักอาศัย ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version: MMSE-Thai) ของ Folstein, Folstein, & MeHugh (1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ใช้คัดกรองความบกพร่องในการทำงานของสมองในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจทางภาษา และการแสดงออกทางภาษา และด้านการจดจำภาพโครงสร้างด้วยสายตา มีคำถาม 11 ข้อ การ



แปลผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

**3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนี บาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version: Bartel ADL index)** ของ Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตตะพันธักกุล (2542) ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ภายใต้อำนาจจำกัดของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวกการสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ มีคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับ จำนวน 2 ข้อ 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ และ 4 ระดับ จำนวน 2 ข้อ มีคะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

**4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)** ของ World Health Organization (2004) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล (2540) ใช้ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคำถาม 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่มากที่สุดถึงไม่เลย มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบบวัดนี้มีความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

**5. แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15)** ของ Yesavage (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย ณททัย วงศ์ภารักษ์ และคณะ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Reekum, 2013) ใช้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (0-1 คะแนน) “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เป็นข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 7, 11 และ 13 อีก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ มีคะแนนรวม 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก แบบวัดนี้มีความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

## การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเตรียมการ

1. เมื่อได้รับการอนุมัติทำการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล คือ นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน โดยได้อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดได้แก่ การทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์คัดเข้า การเข้าสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถาม การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จนเกิดความเข้าใจ

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย จากนั้นเข้าพบหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อแนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตดูแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนวันนัดตรวจ และร่วมกันกำหนดวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## ขั้นตอนการ

1. ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเรื่องความสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และไม่มีความพิการทางสายตา ซึ่งหากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ มีความพิการทางสายตาจะไม่เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนอื่นๆ ต่อ และในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านการประเมินตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะขออนุญาต

และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายให้ทราบว่าการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

2. เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการกล่าวยินยอมด้วยวาจาและเซ็นยินยอมในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version: MMSE-Thai) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนี บาร์เทิล ฉบับภาษาไทย แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) และแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ใส่ซองปิดผนึกและแสดงความขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือ (โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงท่านละ 1 ครั้งเท่านั้น) ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่

การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจาก อายุ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางสมอง และคุณภาพชีวิต ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้สถิติไคสแควร์

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยายพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 57 (Mean = 69.03, SD = 5.98) เป็นเพศหญิงจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 มีสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 98.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูก/หลาน จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 และผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 47.9 และ 52.1 ตามลำดับ

### 2. ข้อมูลตัวแปรหลักที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-15 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.99 คะแนน (S.D. = 4.18) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 57.05 และต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 42.94

### ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในช่วง 3-20 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.22 คะแนน (S.D. = 4.40) เมื่อพิจารณาตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.0 รองลงมา มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.4 และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ คิดเป็นร้อยละ 8.6

### สมรรถภาพทางสมอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนสมรรถภาพทางสมอง อยู่ในช่วง 6-16 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.56 คะแนน (S.D. = 1.94) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เรียนหนังสือมีคะแนนสมรรถภาพทางสมอง อยู่ในช่วง 7-21 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.15 คะแนน (S.D. = 2.43)

### คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 38-106 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.41 คะแนน (S.D. = 15.11) เมื่อพิจารณาตามระดับคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาอีกระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 35.6 และระดับคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 8.6

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .455, p < .001$ ;  $r = .562, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนอายุ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.236, p < .01$ ;  $r = -.836, p < .001$  ตามลำดับ) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่าง อายุ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 163)

ตัวแปร	$r_s$	p-value
อายุ	-.236	.002
ภาวะซึมเศร้า	-.836	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.445	.000
สมรรถภาพทางสมอง	.562	.000

### 4. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สถิติไคสแควร์

(Chi – square test) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ( $X^2 = 1.253, p > .05$ ) (ตาราง 2) ส่วนสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 14.895, p < .01$ ) (ตาราง 3)

**ตาราง 2** ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 163)

เพศ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม			X <sup>2</sup>	p-value
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี		
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
ชาย	23 (41.1)	28 (50.0)	5 (8.9)	1.253	.535
หญิง	35 (32.7)	63 (58.9)	9 (8.4)		

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n = 163)

สถานภาพสมรส	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม			X <sup>2</sup>	p-value
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี		
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	52 (41.6)	67 (53.6)	6 (4.8)	14.895	.001
มีคู่อยู่ด้วยกัน	6 (15.7)	24 (63.2)	8 (21.1)		

### การอภิปรายผลการวิจัย

**อายุ:** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 57 ซึ่งสอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 52.8) (ศศิชา จันทรวรรณวิทย์, 2561) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุมาก มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เนงนุช เข้มวงษ์, 2557; วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา, 2554; Sala et al., 2009) ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นอาจจะ มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ความคล่องแคล่ว

ทางร่างกายลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีการจากไปของเพื่อนที่รู้จักญาติสนิท คู่ครอง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2553; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ผู้สูงอายุจึงมีความรู้สึกพอใจในสุขภาพของตนเองลดลง รู้สึกเป็นภาระต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเพื่อจะดำเนินชีวิตต่อไปได้ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตของตนที่ไม่ดี ความพอใจในชีวิตของตนลดลง จึงทำให้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**เพศ:** เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิง และเพศชาย มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล, และพลภัทร ทรงศิริ, 2555; Missotten et al., 2007; Wetzels et al., 2010) แต่อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง (Sala et al., 2009) การที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพศชายและเพศหญิงในปัจจุบันมีบทบาทในสังคมไม่แตกต่างกัน ได้รับการยอมรับในสังคมไม่แตกต่างกัน รวมทั้งสังคมให้คุณค่าและสิทธิไม่แตกต่างกัน (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ, 2555) ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงจึงอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตของตน และความพอใจในชีวิตของตนไม่แตกต่างกัน จึงทำให้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**สถานภาพสมรส:** สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกและมีคู่ อยู่ด้วยกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นงนุช เข้มวงษ์, 2557; วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554; Hoe et al., 2006; Li et al., 2012; Sala et al., 2009) การที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงกว่าสถานภาพสมรสอื่น อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน จะมีความผูกพันระหว่างสามีภรรยา เมื่อเกิดปัญหาในชีวิตหรือสถานการณ์

ในชีวิตที่ต้องเผชิญก็จะมีผู้อยู่เคียงข้างช่วยเหลือไม่ได้แก้ปัญหาโดยลำพัง มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตมากกว่าสถานภาพสมรสอื่น (นงนุช เข้มวงษ์, 2557; มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์, 2558; วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ, 2554) จึงอาจทำให้พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**ภาวะซึมเศร้า:** ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามักมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Dourado et al., 2015; Hoe et al., 2006; Hurt et al., 2008; Li et al., 2012; Sala et al., 2009) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีกำลังเพียงพอในการปฏิบัติกิจวัตรในแต่ละวัน มีความจำคิดตัดสินใจช้า รู้สึกหดหู่ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สิ้นหวังกับปัญหาที่เผชิญอยู่ (Dourado et al., 2015; Hoe et al., 2006; Hurt et al., 2008; Li et al., 2012; Sala et al., 2009) ดังนั้นผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามากอาจมีความรู้สึกวิตกกังวลกับการดำเนินชีวิตของตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ชีวิตไม่มีความหมาย จึงอาจทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตของตนที่ไม่ดี ความพอใจในชีวิตของตนลดลง จึงทำให้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน:** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี



ความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (มุทิตา วรรณชาติ และคณะ, 2558; Hoe et al., 2006; Sala et al., 2009; Wetzels et al., 2010) ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ จะมีความพอใจในสุขภาพของตนเองมาก มีกำลังเพียงพอในการช่วยเหลือตนเองในแต่ละวัน ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่นเนื่องจากไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ชีวิตมีความหมาย มีเกียรติมีศักดิ์ศรี จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตของตนที่ดี มีความพอใจในชีวิตของตน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย จะมีความรู้สึกพอใจในสุขภาพตนเองน้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นช่วยเหลือกิจวัตรของตนจึงรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (บุญญพัฒน์ ไชยามล และคณะ, 2555) จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตของตนที่ไม่ดี มีความพอใจในชีวิตของตนลดลง จึงทำให้พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**สมรรถภาพทางสมอง:** สมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีคะแนนสมรรถภาพทางสมองมาก มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Graske, Fischer, Kuhlmeier, & Ostermann, 2012; Hoe et al., 2006;

Hurt et al., 2008; Wetzels et al., 2010) การที่พบว่าสมรรถภาพทางสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีสมรรถภาพทางสมองปกติ ไม่ลดต่ำลง ผู้สูงอายุจะยังมีความสามารถที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตด้วยตัวเอง ยังสามารถมีการรับรู้เวลาสถานที่ มีความจำมีสมาธิในการทำงาน มีความสามารถในการใช้ภาษาสามารถสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ชีวิตยังมีความหมาย ยังมีความรู้สึกมีศักดิ์ศรี มีคุณค่าในตนเอง (Hoe et al., 2006; Hurt et al., 2008; Wetzels et al., 2010) จึงอาจทำให้พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสมรรถภาพทางสมองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

#### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าและอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพจิตควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อคัดกรอง ป้องกัน และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งตระหนักอยู่เสมอว่าเมื่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตต่ำ จึงควรติดตามประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับปัจจัยอื่น เช่น ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล อาการทางจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

เพื่อช่วยอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI). ใน *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545* (1-8). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 37-44.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.

ปัญญาพัฒน์ ไชยามะ, บุญเรือง ขาวนวล, และ พลภัทร ทรงศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมไทร อำเภอกวนขนุนจังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(1), 55-65.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). แนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้* (4 – 23). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมื่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, ฉบับพิเศษ(1)*, 18-29.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2559). *พจนานุกรม*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2559, จาก <http://dictionary.sanoo.com>

วิไลพร จำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32 – 40.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน *วิไลวรรณทองเจริญ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ* (66 – 76). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิชา จันทร์วรัญญ์. (2561). *ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม*. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2561, จาก <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=614>

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. ใน *แบบทดสอบผู้สูงอายุ* (1-9). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2556). *สารหน้ารู้ ความชุกของโรคสมองเสื่อม*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.azthai.org/articles/a02.html>
- สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. (2542). การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน *สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (85-86)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). ความผิดปกติจากความเสื่อมด้านเชาวน์ปัญญา. ใน *การพยาบาลจิตเวช (219 - 231)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณันท์ หัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณีพร มานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *ภาวะสมองเสื่อม พบในผู้สูงอายุมากที่สุด*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/27952.html>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้น การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Bicket, M. C., Samus, Q. M., McNabney, M., Onyike, C. U., Mayer, L. S., Brandt, J., et al. (2010). The physical environment influences neuropsychiatric symptoms and other outcomes in assisted living residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(1), 1044–1054.
- Dourado, M. C., Sousa, M. F., Santos, R. L., Simões Neto, J. P., Nogueira, M. L., Belfort, T. T., et al. (2015). Quality of life in mild dementia: Patterns of change in self and caregiver ratings over time. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 38*(4), 1-7.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198.
- Graske, J., Fischer, T., Kuhlmeiy, A., & Ostermann, K. W. (2012). Quality of life in dementia care – differences in quality of life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging & Mental Health, 16*(7), 819–827.
- Hoe, J. G., Hancock, G. L., & Orrell, M. (2006). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *British Journal of Psychiatry, 188*(5), 460-464.
- Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriotti, A., et al. (2008). Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 26*, 138–146.
- Li, X. J., Suishu, C., Hattori, S., Liang, H. D., Gao, H., Feng, C. Q., et al. (2012). The comparison of dementia patient's quality of life and influencing factors in two cities. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 2132–2140.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Missotten, P., Ylief, M., Notte, D. D., Paquay, L., Lepeleire, J. D., Buntinx, F., et al. (2007). Quality of life in dementia: A 2-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1201-1207.
- Moyle, W. & Dwyer, S. (2012). Quality of life in people living with dementia in nursing homes. *Wolters Kluwer Health*, 1(25), 1-5.
- Sala, J. L. C., Olmo, J. G., Garriga, O. T., Pousa, S. L., & Franch, J. V. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with alzheimer's disease: The patient's perception compared with that of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 585-594.
- Sheehan, B. (2012). Patient and proxy measurement of quality of life among general hospital in-patients with dementia. *Aging & Mental Health*, 16(5), 603-607.
- Venturato, L. (2010). Dignity, dining and dialogue: Reviewing the literature on quality of life for people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 5(3), 228-234.
- Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., Jonghe, J. F. M., Verhey, F. R. J., & Koopmans, R. T. C. M. (2010). Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29(3), 189-197.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal Clinical Medical Research*, 5(2), 101-111.
- World Health Organization. (2004). *Introducing the WHOQOL instruments*. Retrieved March 11, 2016, from <http://depts.washington.edu>
- World Health Organization. (2017). *Dementia: Number of people affected to triple in next 30 years*. Retrieved February 5, 2017, from <http://www.who.int>
- Yesavage, J. A. (1986). *The use of rating depression series in the elderly*. Retrieved February 5, 2017, from <http://geriatrictoolkit.missouri.edu>