

EXPLORATORY FACTORS ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WITH DEMENTIA

*Pawadee Hamtanon, Ph.D. *, Nopparat Chaichumni, Ph.D. **, Somsook Sommaluan, M.N.S***,
K sinsak Suwanachot, Ph.D. ***, Wipawan Chaum Pensooksan, Ph.D. *****

Abstract

Objective: To study the exploratory components quality of life in elderly with dementia.

Methods: The study design was quantitative research. The samples were 270 elderly people diagnosed with dementia according to the ICD-10 criteria (F00 -04) attended the outpatient department of the psychiatric hospital under the Department of Mental Health and its network hospitals. The research instruments were a quality of life which developed by the researcher based on the concept of quality of life of the World Health Organization. Cronbach's alpha coefficient was 0.91. Data were analyzed by elemental analysis with the main component, extraction method Orthogonal component axis rotation by Varimax method.

Results: Quality of Life in Elderly with Dementia: QOL- ED consisted of 6 main components and 25 sub-components. The main components were 1) life satisfaction, 2) psychological well-being, 3) activities of daily living 4) environment of residence 5) social support network, and 6) socioeconomic status. Each component explained the variance of 32.865, 10.885, 5.404, 4.685, 4.222 and 4.117 percent, respectively. The total variance was 62.178 percent. Component 1 (Life satisfaction) had the greatest percentage variance showed that the most affected the quality of life in elderly with dementia.

Conclusion: Quality of life in elderly with dementia associated with cognitive impairment ability to carry out daily activities, including emotions, feelings, and social experiences. It should be used with a specific evasion. It will be a guideline for caregivers and health personnel to provide supportive care. Encourage the elderly with dementia to have a better quality of life.

Keywords: exploratory factors analysis, quality of life, elders with dementia

*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, e-mail: pawadee.h@tsu.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Walailak University

***Registered Nurse, Professional Level, Suansaranrom Hospital

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University

Received: 11 December 2022, Revised: 5 February 2023, Accepted: 11 February 2023

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ภาวดี เหมทานนท์, ป.ร.ค.*, นพรัตน์ ไชยขำนิ, ป.ร.ค.**, สมสุข สมมะลวน, พย.ม.***

ก สันศักดิ์ สุวรรณ โชติ, ป.ร.ค.***, วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์,ป.ร.ค.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม ตามเกณฑ์ ICD-10 (F00-04) เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา จากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบหลัก หมุนแกนองค์ประกอบแบบหมุนจากด้วยวิธีแวนแมกซ์

ผลการศึกษา : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน และ 25 องค์ประกอบย่อย โดยองค์ประกอบหลัก คือ 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) สุขภาวะทางจิตใจ 3) กิจกรรมในชีวิตประจำวัน 4) สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย 5) เครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม และ 6) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยแต่ละองค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.865, 10.885, 5.404, 4.685, 4.222 และ 4.117 ตามลำดับ ค่าความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 62.178 ซึ่งองค์ประกอบที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิต มีร้อยละความแปรปรวนมากที่สุด แสดงว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุด

สรุป : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางด้านการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงอารมณ์ ความรู้สึก และประสบการณ์ทางสังคม จึงควรใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลและบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, e-mail: pawadee.h@tsu.ac.th

**อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

วันที่รับ: 11 ธันวาคม 2565, วันที่แก้ไข: 5 กุมภาพันธ์ 2566, วันที่ตอบรับ: 11 กุมภาพันธ์ 2566

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เป็นหนึ่งในความท้าทายด้านสุขภาพมากที่สุดที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ภาวะนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคทางสมองที่เรื้อรังและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งความชุกของภาวะสมองเสื่อมเป็นไปตามช่วงอายุ พบความชุกร้อยละ 5.00 - 7.00 ในช่วงอายุ 60 ปี (Prince et al., 2013) และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11.00 ในช่วงอายุ 65 ปี (Hebert, Weuve, Scherr, & Evans, 2013) ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2015 มีบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม 47 ล้านคนทั่วโลก คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มเป็น 131 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (Alzheimer's Disease International, 2016) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 1.80 - 2.00 (พาวุฒิ เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ส่วนในประชากรที่สูงอายุนั้นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 8.10 (ชาย ร้อยละ 6.80 หญิงร้อยละ 9.20) (วิชัย เอกพลากร, 2559)

ภาวะสมองเสื่อมในแต่ละคนมีอาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยและระยะการดำเนินโรค ได้แก่อาการด้านความบกพร่องของความสามารถในด้านการรู้คิด (cognitive abilities) ความยากลำบากในเรื่องความจำ (difficulties in memory) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องภาษา (disturbances in language) การเปลี่ยนแปลงของสภาวะจิตใจและอาการทางจิตเวช (psychological and psychiatric changes) และความบกพร่องใน

กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living) สูญเสียความเป็นตัวคน ทั้งนี้การดำเนินโรคจะรุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ผู้ดูแล และครอบครัว และเป็นโรคที่มีความท้าทายอย่างมากต่อบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนวาระสุดท้ายของชีวิต (Igarashi et al., 2020)

คุณภาพชีวิต (Quality of life: QOL) มีการให้ความหมายไว้ก่อนหน้านี้ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในจุดยืนของชีวิตตามบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมในการดำเนินชีวิต และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และการให้ความสำคัญ (Klapwijk, Caljouw, Pieper, van der Steen, & Achterberg, 2016) ซึ่งความหมายนี้ยังมีความคลุมเครือต่อการนำไปใช้ โดยพบว่า ผู้ใช้แบบประเมินมีการใช้ความคิดเห็นส่วนตัว และมีความกำกวมเมื่อมีการนำมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ (Arons, Krabbe, Schölzel-Dorenbos, van der Wilt, & Rikkert, 2013) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้ทั้งในจิตพิสัย (subjective measurement) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ และค่านิยมของบุคคล เช่นเดียวกับการวัดเชิงวัตถุพิสัย (objective measurement) ที่เปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย กล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ แต่กลับพบว่ายังไม่มีมาตรฐานในการประเมินว่า อะไรคือความหมายของคุณภาพชีวิตของบุคคล และยังไม่มีข้อสรุปว่าปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

(Telenius, Engedal, & Bergland, 2013) โดยหนึ่งในแง่มุมที่ยุ่งยากในการประเมินคุณภาพชีวิตคือลักษณะของคำถามที่เป็นจิตพิสัย และยิ่งยุ่งยากมากขึ้นเมื่อนำมาใช้กับบุคคลที่มีความผิดปกติทางารรู้คิด อาทิ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มียาบางตัวที่อาจจะทำให้อาการดีขึ้นได้ชั่วคราว หรือช่วยให้การดำเนินโรคช้าลง ส่วนการบำบัดที่ไม่ใช่ยาสามารถบรรเทาอาการของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ (Prince et al, 2013) ซึ่งความสำเร็จของการรักษาส่วนใหญ่จะวัดที่คุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดีขึ้น (Telenius, et al., 2013) การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านมามีจะประเมินได้จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ให้บริการทางสุขภาพ ด้วยเหตุผลที่ภาวะสมองเสื่อมทำให้การทำหน้าที่ทางการรู้คิดของผู้สูงอายุลดลง แม้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงยังมีความสามารถในการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองได้ (Moyle, Fetherstonhaugh, Greben, & Beattie, 2015) นอกจากนี้มีปัญหามากมายประการสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการประเมินทางสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม อาทิ การให้นิยามคุณภาพชีวิตที่ไม่ชัดเจนสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ และยังไม่ได้คำตอบว่าการวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้ผู้ที่เกี่ยวข้องนั้นมีความถูกต้องหรือไม่สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Arons, et al., 2013)

แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่พัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคล

ที่มีสมองเสื่อม แต่พบว่าไม่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ด้วยลักษณะโครงสร้างที่เป็นจิตพิสัย และด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในปัจจุบันส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นสำหรับประชากรในวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ให้ความสำคัญกับข้อคำถามซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคลจะมีความเหมาะสมมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อคู่กับวิจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินตามกรอบความพึงพอใจในชีวิตหรือสภาวะของชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด โดยเป็นการประเมินคุณลักษณะ (quantitative measurement) และเป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ที่ผู้สนใจศึกษากำหนดไว้ล่วงหน้าและเลือกการวัดด้วยการใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

เป็นการพัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้ในการศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตจากปัจจัยหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งก็คือการมีภาวะสมองเสื่อมแบบประเมินมีการวัดทั้งด้านวัตถุพิสัย (objective measurement) คือประเมินผลกระทบของความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ และด้านจิตพิสัย (subjective measurement) คือประเมินผลกระทบของความบกพร่องที่เกิดขึ้นต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม (Liddle, & McKenna, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 4 ภาค ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2565 - กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ราชบุรี นครปฐม และยโสธร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 - เดือนกันยายน 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ

1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามเกณฑ์ ICD-10) ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ระดับ 5 คะแนน

ขึ้นไป) และสามารถสื่อสารผ่านการพูด และมีความสามารถในการได้ยินและการมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Quality of Life in Elderly with Dementia: QOL- ED) ผู้วิจัยมีขั้นตอนการพัฒนาในข้อ 2.1 - 2.3 ตามงานวิจัยของนพรัตน์ ไชยขำนิ และคณะ (2563) ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทยที่ สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล ปิรทรรศ ศิลปกิจ และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2541) พัฒนาให้เหมาะสมกับคนไทย แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด โดยผู้วิจัยมีการปรับการให้นิยามในแต่ละองค์ประกอบ ข้อคำถาม ตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน แพทย์ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสมองเสื่อมในชุมชน 1 คน และอาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item – Objective Congruence Index: IOC) ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.57 – 1.00

2.3 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90 ได้ข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด ให้ค่า 4 คะแนน มาก ให้ค่า 3 คะแนน น้อย ให้ค่า 2 คะแนน และ น้อยที่สุด ให้ค่า 1 คะแนน และคิดคะแนนรวมเทียบกับคะแนนของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย

2.4 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 64 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และนำมาหาค่าอำนาจจำแนก เลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ได้ข้อคำถาม (ตัวแปร) ทั้งหมด 25 ตัวแปร โดยมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.336 - 0.704

2.5 นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ 0.91 ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 25 ตัวแปร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อบรมการใช้เครื่องมือให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน และในการตอบแบบสอบถามนั้น สามารถทำได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอ่านแบบประเมินและตอบคำถามด้วยตัวเอง 2) ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบประเมินให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมตอบ และ 3) ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลหลักที่ติดตามผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาโรงพยาบาลตอบแบบประเมินในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 028/2564 วันที่รับรอง 12 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ และในระหว่าง

การเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพและผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น ภายหลังการชี้แจงผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อการสร้างเมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การสกัดองค์ประกอบ (Factor extraction) การหมุนแกนองค์ประกอบที่ทำให้ปัจจัยนั้นหมุนแบบตั้งฉากกันแบบแวนิแมกซ์ (Varimax) โดยทำให้ตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มหรือมีความสัมพันธ์น้อยจะถูกสกัดออกและให้เหลือน้อยที่สุด การเลือกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) และตั้งชื่อองค์ประกอบหลัก

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากกลุ่มตัวอย่าง 270 คน ซึ่งมีมากกว่าจำนวนตัวแปรประมาณ 10 เท่า แสดงว่ามีจำนวนข้อมูลมากพอที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

(ยูทซ์ ไกรวรรณ, 2557)

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 270 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 72.22) อายุอยู่ระหว่าง 71 - 80 ปี มากที่สุด จำนวน 96 คน (ร้อยละ 35.56) อายุน้อยที่สุด 60 ปี มากที่สุด 95 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 75.40 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 149 คน (ร้อยละ 55.19) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 125 คน (ร้อยละ 46.30)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

2.1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรทั้ง 25 ตัวแปร พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 2.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .47

2.2 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของเมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 25 ตัวแปร มีค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ 0.898 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 25 ตัวแปรเหมาะสมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ และการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity เพื่อทดสอบความเป็นเอกภาพของเมตริกสหสัมพันธ์ (Identity matrix) มีค่า Chi-Square เท่ากับ 2843.788 และค่า Sig = .000 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 25 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน จึงมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ดังตารางที่ 1

2.3 การหาค่าร่วมกัน (Communalities) พบว่า จากการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก พบว่า ค่าความร่วมกัน (Communalities) ของตัวแปรที่เป็นลักษณะของ

ตารางที่ 1 ค่า KMO and Bartlett's Test

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.898
Bartlett's Test of Sphericity	Chi-Square	2843.788
	Sig	.000

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Components	Number of items	Factor loading	Communalities	Eigen values	Percentage of variance
1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction)	8	.488 - .707	.496 - .635	8.211	32.867
2. สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being)	6	.501 - .710	.448 - .667	2.720	10.885
3. กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living)	5	.454 - .780	.454 - .648	1.350	5.404
4. สภาพแวดล้อมแหล่งที่อยู่อาศัย (environment of residence)	2	.791 - .816	.742 - .744	1.172	4.685
5. เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network)	2	.793 - .850	.749 - .788	1.058	4.222
6. สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status)	2	.677 - .839	.645 - .796	1.030	4.117
ร้อยละความแปรปรวนสะสม (Cumulative percentage of variance) = 62.178					

คุณภาพชีวิตทั้ง 25 ตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง 0.448 - 0.796 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง มีแนวโน้มที่น่าจะสามารถเข้าในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้ ดังตารางที่ 2

2.4 การหาค่าความแปรปรวน (Total Variance Explained)

จากการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธี varimax พบว่าองค์ประกอบ

ที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 มี 6 องค์ประกอบ คือ 8.211, 2.720, 1.350, 1.172, 1.058, 1.030 ตามลำดับ โดยองค์ประกอบที่ 1 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.867 องค์ประกอบที่ 2 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.885 องค์ประกอบที่ 3 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.404 องค์ประกอบที่ 4 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.685 องค์ประกอบที่ 5 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.222 และองค์ประกอบที่ 6 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.117 รวมแล้วมีร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 62.178 ดังตารางที่ 2 และเมื่อใช้วิธีการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) พบว่าค่า Factor loading เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเทียบกับค่า Factor loading ก่อนการหมุนแกน ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 สรุปผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังจากหมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนิแมกซ์ ได้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งหมด 6 ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 8 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .488 - .707 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม ส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเองที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ พึงพอใจที่ได้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .501 - .710 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความ

ภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง สมรรถนะของจิตใจในการจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being)

องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 5 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .454 - .780 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นสมรรถนะทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living)

องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วย 2 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ .791 และ .816 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า เป็นความเหมาะสมของสถานที่พักอาศัยที่ปลอดภัยต่อร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (environment of residence)

องค์ประกอบที่ 5 ประกอบด้วย 2 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ .793 และ .850 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า เป็นการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network)

องค์ประกอบที่ 6 ประกอบด้วย 2 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ .677 และ .839 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า เป็นความพอเพียงของค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status)

จากทั้ง 6 องค์ประกอบ ผู้วิจัยให้นิยาม

ตารางที่ 3 ค่า Rotational Component Matrix

ตัวแปร	Components	Factor loading					
		1	2	3	4	5	6
V17 ท่านรู้สึกพอใจต่อการทำกิจกรรมกับลูกหลาน เช่น การพูดคุย การกอด การสัมผัส		.707					
V18 ท่านพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม		.684					
V19 ท่านรู้สึกมีคุณค่าที่ได้ทำตามบทบาทหน้าที่ เช่น พ่อ แม่		.680					
V16 ท่านรู้สึกว่าเป็นเพื่อนหรือสังคมพร้อมให้การช่วยเหลือท่าน		.605					
V15 ท่านรู้สึกพอใจกับความสัมพันธ์/การสื่อสารที่ดีระหว่างท่านกับคนในครอบครัว		.602					
V13 ท่านพอใจที่ได้เข้าวัด สวดมนต์ หรือ ได้ทำตามความเชื่อของตนเอง		.538					
V12 ท่านพอใจในการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ร้องเพลง ดูทีวี เล่นสัคว์ ปลูกต้นไม้ ทำงานฝีมือ		.509					
V9 ท่านรู้สึกสบายใจ มีความสุข ไม่เครียด		.488					
V11 ท่านยอมรับถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่			.710				
V7 ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง			.645				
V10 ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายต่อบุตรหลานญาติ และคนอื่น ๆ			.620				
V8 ท่านสามารถจัดการความเครียด ความเศร้าเมื่อเกิดความกังวลได้			.571				
V14 ท่านรู้สึกปลอดภัยไม่กังวลกับการเจ็บป่วยของท่าน			.535				
V4 ท่านมีความมั่นใจในตนเอง			.501				
V2 ท่านสามารถออกกำลังกายที่ชอบได้				.780			
V3 ท่านสามารถทำกิจกรรมอื่นที่ไม่ใช่กิจวัตรประจำวัน เช่น การทำอาหาร การไปจ่ายตลาด				.746			
V1 ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน				.714			
V6 ท่านมีสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้				.604			
V5 ท่านสามารถจำสิ่งต่าง ๆ รอบตัวในชีวิตประจำวันได้				.454			

ตารางที่ 3 ค่า Rotational Component Matrix (ต่อ)

ตัวแปร	Components	Factor loading					
		1	2	3	4	5	6
V20 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของท่านเหมาะสมกับสุขภาพของท่าน					.816		
V21 สถานที่ท่านอาศัยมีความสะดวกสบาย ผ่อนคลาย น่านั่ง					.791		
V25 เพื่อนบ้านมักช่วยเหลือ/เผื่อระวังความปลอดภัยเมื่อท่านเดินออกนอกบ้าน						.850	
V24 บ้านของท่านอยู่ในชุมชนที่มีเพื่อนบ้านที่มีความเมตตาให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน						.793	
V22 ท่านมีเงินใช้จ่ายเพียงพอเมื่อยามจำเป็น							.839
V23 ท่านสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการได้รับการบริการที่ได้อย่างทันทั่วทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน							.677

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (quality of life in elderly with dementia) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อการดำเนินชีวิตที่พึงพอใจ มีความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีศักยภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการตอบสนองความต้องการของตนเอง ภายใต้อสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย มีครอบครัวและสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รวมทั้งมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่า มี 6 ประการหลัก 25 องค์ประกอบย่อย ซึ่งองค์ประกอบหลักที่อธิบายร้อยละของความ

แปรปรวนจากมากไปน้อยตามลำดับ คือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต 2) ด้านสุขภาวะทางจิตใจ 3) ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 4) ด้านสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย 5) ด้านเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และ 6) ด้านสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นด้านที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 32.867 และมี 8 ตัวแปร กล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่นั่นขึ้นอยู่กับความรู้สึกพึงพอใจทั้งต่อตนเองที่ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ พึงพอใจที่ได้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังที่ คอฟแมน และคณะ (Kaufman,

Kosberg, Leeper, & Tang, 2010) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นสภาวะเชิงจิตพิสัยของบุคคลที่อธิบายถึงคุณภาพชีวิต การมีความพึงพอใจในชีวิตสะท้อนถึงการมีเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ทำให้มีชีวิตที่ดี (Kaliterna, Prizmic, & Zganec, 2004) เป็นความรู้สึกมีความสุขที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ การรู้คิด และภูมิหลังของบุคคล ส่วนความรู้สึกเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ บ่งชี้ถึงความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องจัดการ (Hervé, Bailly, Joulain, & Alaphilippe, 2012) เช่น ที่อยู่อาศัย การเข้ารับการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ในการวัดความสำเร็จของผู้สูงอายุ (successful aging) (García, Zamarrón et al., 2011) ด้านสุขภาพกาย (physical health) และการทำหน้าที่ทางจิตใจ (mental functioning)

การอธิบายคุณภาพชีวิตจะเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเพิ่มตัวแปรจากองค์ประกอบที่ 2 คือ ด้านสภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นด้านที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.885 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายได้ถึง ความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง สมรรถนะของจิตใจในการจัดการกับปัญหา ซึ่งผู้วิจัยพบว่า การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุสมองเลื่อมอย่างมีความสุขทำให้เกิดประสบการณ์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 2 ด้านนี้คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต และด้านสภาวะทางจิตใจเป็นโครงสร้างหลักของคุณภาพชีวิต โดย แคลร์ และคณะ (Clare et al., 2014a) กล่าวว่าทั้ง 2 ประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กัน แต่ก็

เป็นองค์ประกอบควรแยกออกจากกัน ดังที่เซนต์จอห์นและมอนต์โกเมอรี (St. John & Montgomery, 2010) กล่าวว่า สุขภาวะคือการรับรู้เชิงบวกของบุคคลต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน และเป็นประสบการณ์ของการคงสมดุลได้อย่างเหมาะสมระหว่างอารมณ์ทางบวกและทางลบ ส่วนการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตสะท้อนถึงประสบการณ์ที่มีความหมายและเป้าหมาย เป็นความสามารถที่จะมีประสบการณ์การเจริญงอกงามได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นความรู้สึกถึงการมีความสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีชีวิตชีวาและมีความสุข นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาที่ใช้คำว่าสภาวะและคุณภาพชีวิตในความหมายเดียวกัน (Bowling et al., 2015) แม้ว่าจุดเริ่มต้นของคำว่า “สุขภาวะ” และ “คุณภาพชีวิต” มาจากต่างสาขาการวิจัย พบว่ามีการให้ความหมายเดียวกัน แต่จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงภาวะสมองเลื่อมโดยเฉพาะ พบว่ามีการนำเสนอสุขภาวะในบุคคลที่มีสมองเลื่อมในระยะแรก และงานวิจัยเสนอแนะว่าอาจจะไม่เหมาะสมกับบุคคลที่มีภาวะสมองเลื่อมในระยะที่รุนแรงขึ้นตามโรค เพราะลักษณะของโรคที่มีความบกพร่องของการรู้คิด จะส่งผลต่อการประเมินสภาวะของตนเอง ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงแยกออกเป็น 2 องค์ประกอบชัดเจน

การที่ผู้สูงอายุสมองเลื่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องมีการดำเนินชีวิตที่ดี มีประสบการณ์ที่ดีต่อชีวิตที่เป็นอยู่และเคยเป็นอยู่ ซึ่งหมายรวมถึงการได้มีกิจกรรมทางสังคม (social active) (Eshkooor,

Hamid, Nudin, & Mun, 2014) ดัชนีประกอบที่ 3 ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ที่รวมอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 5.404 ซึ่งองค์ประกอบนี้ประกอบด้วย สมรรถนะทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เห็นได้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม การสนับสนุนบุคคลในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ (Woodbridge et al., 2018) กล่าวได้ว่าการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีด้วย ดัชนีประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (environment of residence) สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 4.685 ซึ่งอธิบายถึงความเหมาะสมของสถานที่พักอาศัยที่ปลอดภัยต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งสำคัญกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ต้องจัดการชีวิตของตนเองภายใต้เงื่อนไขของความบกพร่องทางการรู้คิด ความจำ และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย

นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม องค์ประกอบที่ 5 ด้านเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network) ซึ่งอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 4.222 กล่าวถึงการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับเพื่อนบ้าน ชุมชนและสังคมที่ช่วยเหลือกันเกื้อกูลกัน ซึ่งสอดคล้องกับ มาร์ตี้และคณะ (Martyr et al., 2018) ที่กล่าวว่า คุณภาพของสัมพันธภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่เคยมีสัมพันธภาพกันมาก่อน โดยเฉพาะคู่สมรส บุตรที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Schulz & Martire, 2004) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมอาจจะทำให้สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนหน้านี้เปลี่ยนไป แต่คุณภาพของสัมพันธภาพมีความสำคัญในการกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Clare et al., 2014; Woods et al., 2014) อีกทั้งการได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในส่วนองค์ประกอบที่ 6 ด้านสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status) ซึ่งอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 4.117 กล่าวถึงความพอเพียงของค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพนั้น มีความสำคัญในการช่วยเสริมให้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเฉพาะมากขึ้น กล่าวคือ ภาวะสมองเสื่อมมีกระบวนการดำเนินโรคเรื้อรัง ความบกพร่องที่เกิดจากสมองเสื่อมต้องได้รับการดูแลทั้งเป็นทางการ เช่น ค่ายา ค่าตรวจเพื่อการวินิจฉัย และไม่เป็นทางการ เช่น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และเป็นดูแลระยะยาวที่เกิดจากความเสื่อมที่เกิดจากการดำเนินของโรค ดังนั้นการได้รับสนับสนุนทางการเงินและการมีสิทธิตามสถานะของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะสิทธิในการเข้ารับบริการทางสุขภาพมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมจากการวิเคราะห์หาค่าที่เหมาะสมสำหรับการใช้ประเมินผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะน้อยถึงปานกลาง และผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรจะต้องด้วยตนเอง เพราะข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นลักษณะของจิตพิสัย ที่เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเอง หากให้ผู้ดูแลหลักหรือบุคลากรทางสุขภาพตอบควรจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและมีสัมพันธภาพที่ดีและต่อเนื่อง หรือผู้เก็บข้อมูลควรมีการสังเกตผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมด้วยขณะที่ผู้เกี่ยวข้องตอบแบบประเมิน

2. การนำไปใช้ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนี้ ไปทดลองใช้เพื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ดูแลหรือบุคลากรทางสุขภาพ หรือมีการใช้แบบประเมินร่วมกับการสังเกต พฤติกรรมที่แสดงออก ท่าทางของร่างกาย การแสดงออกทางคำพูดและท่าทาง และการแสดงออกทางสีหน้า โดยผู้เก็บข้อมูลที่มีความเชี่ยวชาญทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.2 ควรนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมฉบับนี้ไปทดสอบกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตมาตรฐานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อการหาจุดตัดของการคิดค่าคะแนนในการแบ่งระดับของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือการเปรียบเทียบกับระยะการดำเนินโรคสมองเสื่อมตามการวินิจฉัยทางการแพทย์

2.3 ควรมีการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับรุนแรง ที่ยังคงมีความสามารถที่ยังเหลืออยู่ในลักษณะของการสังเกตการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองทุนส่งเสริม ด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอบคุณสำนักวิชาการสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ราชบุรี นครปฐม และ ยโสธร และขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- นพรัตน์ ไชยธานี, สมสุข สมมะลาน, วันดี สุทธรังสี, ก สันศักดิ์ สุวรรณโชติ, วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ และภาวดี เหมทานนท์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ. รายงานวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). สุขภาพผู้สูงอายุ. ใน วิชัย เอกพลากร. (บก.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พาวดี เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.

ยุทธ ไกรวรรณ. (2557). *วิเคราะห์สถิติหลายตัวแปร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตถ์วันศรีกุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). *คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ*.ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

Alzheimer's Disease International. (2016). *World Alzheimer's report 2016*. London: Alzheimer's disease International (ADI). Retrieved October 5, 2020, from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/>

Arons, A.M., Krabbe, P.F., Schölzel-Dorenbos, C.J., van der Wilt, G.J., & Rikkert, M.G. (2013). Quality of life in dementia: a study on proxy bias. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 110.

Bowling, A., Rowe, G., Adams, S., Sands, P., Samsi, K., Crane, M., et al. (2015). Quality of life in dementia: a systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health*, 19(1), 13-31.

Clare, L., Nelis, S.M., Quinn, C., Martyr, A., Henderson, C., Hindle, J.V., et al. (2014a). Improving the experience of dementia and enhancing active life – living well with dementia: study protocol for the IDEAL study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 164.

Clare, L., Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Markova, I. S., Roth, I., et al., (2014). Trajectories of quality of life in early-stage dementia: individual variations and predictors of change. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 616-623.

Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Nudin, S. S. a. H., & Mun, C. Y. (2014). The effects of social support, substance abuse and health care supports on life satisfaction in dementia. *Social Indicators Research*, 116, 535-544.

García, R. F.-B., Zamarrón, M. D., Bravo, M. D. L., Martínez, M. Á. M., del Moral, R. S., López, P. M., et al. (2011). Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15(1), 94-101.

Hebert, L.E, Weuve, J., Scherr, P.A., & Evans, D.A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010/2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80, 1778-1789.

Hervé, C., Bailly, N., Joulain, M., & Alaphilippe, D. (2012). Comparative study of the quality of adaptation and satisfaction with life of retirees according to retiring age. *Psychology*, in *Scientific Research*, 3(4), 322-327.

Igarashi, A., Fukuda, A., Teng, L., Ma, F-F., Dorey, J., & Onishi, Y. (2020). Family caregiving in dementia and its impact on quality of life and economic burden in Japan-web based survey. *Journal of Market Access & Health Policy*, 8(1), 1720068.

Kaliterna, L. L., Prizmic, L. Z., & Zganec, N. (2004). Quality of life, life satisfaction and happiness in shift-and non-shiftworkers. *Revista de Saúde Pública*. 38(Supl), 3-10.

Kaufman, A. V., Kosberg, J. I., Leeper, J. D., & Tang, M. (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 251-269.

Klapwijk, M.S., Caljouw, M.A., Pieper, M.J., van der Steen, J.T., & Achterberg, W.P. (2016). Characteristics associated with quality of life in long-term care residents with dementia: a cross-sectional study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 42(3-4), 186-197.

Liddle, J. & McKenna K. (2000). Quality of life: an overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 77-85.

- Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y.-T., Lamont, R. A., Henderson, C., et al. (2018). Living well with dementia: A systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130-2139.
- Moyle, W., Fetherstonhaugh, D., Greben, M., & Beattie, E. (2015). Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. *BMC Geriatric*, 15, 50.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249.
- St. John, P. D. & Montgomery, P. R. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.
- Telenius, E.W., Engedal, K., & Bergland, A. (2013). Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 10(12), 6672-6686.
- Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Roberts, J., Whitaker, C. J., Markova, I., et al. (2014). What contributes to a good quality of life in early dementia? awareness and the QoL-AD: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 94.
- Woodbridge, R., Sullivan, M. P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., et al. (2018). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: a systematic review. *Dementia*, 17(5), 533-572.