

การสำรวจภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม จังหวัดปทุมธานี

A Survey of Dementia, Basic Activities of Daily Living, and Depression of Older People at  
Social Welfare Development Center Elderly, Pathumthani

นิติกุล บุญแก้ว, อัญชลี ช. คูวอล, นุชรินทร์ โพธารส, มลฤดี เพ็ชรลมูล และสุพิณญา คงเจริญ

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 88 ราย จากผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2557 รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living--ADLs) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale--TGDS) และแบบทดสอบสมรรถภาพของสมอง (Thai Mental State Examination--TMSE) ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.91, 0.80, และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ผลด้วยสถิติบรรยาย ความถี่ และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เองร้อยละ 79.55 แต่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการขึ้นลงบันได และมีปัญหาในการกลืนถ่ายหรือต้องสวนอุจจาระ ร้อยละ 46.59 และร้อยละ 44. ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีกาภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 53.41 ดังนั้น ข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกาย สถิติปัญญา และจิตใจ อาจเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพารวมถึงแก้ไขและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, ภาวะซึมเศร้า, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

**Abstract**

This study was cross-sectional survey research aiming to investigate the prevalence of dementia, basic activities of daily living, and depression among elderly. The sample was 88 olders people in Pathum Thani social welfare development center selected by using simple random sampling. Data were gathered between September - August, 2014. The demographic questionnaire, basic Activities of Daily Living, Thai Geriatric Depression Scale, and Thai Mental State Examination were used for data collecting. The reliabilities were 0.91, 0.80, and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic. The study revealed that older people had the prevalence dementia was 50%, the most basic ADLs were 79.55% but still dependent on stairs, and bowels were 46.59 %, and 44.3%, respectively. The older people had depression at a low level 53.41%. Therefore basic information on the physical, intellectual and psychology may be beneficial for health personal and caregivers to prevent or delay dementia, care to help older people as the dependency, the correct and prevent depression in older people

**Keywords:** older people, elderly, dementia, depression, basic activities of daily living

## ความนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) เมื่อปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (aged society) ในปี พ.ศ. 2568 คือจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2549) ทั้งนี้วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อมถอยตามวัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและสังคมตามสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของแต่ละคน การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Geriatric Assessment--CGA) เป็นขั้นตอนการค้นหาปัญหาที่มีหลากหลาย รวมถึงประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สติปัญญา และจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้กำหนดแนวทางในการดูแลได้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย (Matteson, Mcconnell & Linton, 1996) ด้วยบริบทของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2557 พบสัดส่วนผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงต่อผู้สูงอายุเพียง 1:10 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 100 คน ทั้งนี้ทางศูนย์ยังต้องรองรับจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีก 20 คน โดยรวมผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาทางจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาการรับรู้ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงเพิ่มขึ้น ด้วยอัตราส่วนการพึ่งพิงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเองที่ต้องการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเพื่อให้ความช่วยเหลือสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ผู้วิจัยจึงประเมินผู้สูงอายุในเรื่องการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic Activities of Daily Living--ADLs) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้า (depression)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

เกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายวมถึงความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุวัย 70 ปี ร้อยละ 75 มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุวัย 75 ปี ร้อยละ 30 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองในเรื่องการอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย และการรับประทานอาหาร (Sands et al., 2006) สำหรับภาวะสมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา สมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากการทำงานผิดปกติของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา อาการเด่นชัดคือมีความจำเสื่อม ตลอดจนอาจมีพฤติกรรมบุคลิกภาพ และอารมณ์เปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องทักษะการใช้ภาษา การคิด และการตัดสินใจ แต่ไม่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกรู้ตัว (รัชนิ นามจันทร์, 2553) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย วิชัย เอกพลากร (2553) ครั้งที่ 4 พบภาวะสมองเสื่อมในวัย 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 12.3 และพบมากที่สุดร้อยละ 32.5 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เมื่ออายุมากขึ้นจะพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมอง น้ำหนักสมองลดลง รวมถึงความสามารถในการจดจำลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Carlson et al., 2008) สาเหตุอื่นๆ ได้แก่โรคเรื้อรัง จากการศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงและระดับสติปัญญาในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Wysocki et al., 2012) การศึกษาของ Ohara และคณะ (2011) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ส่วนภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าร้อยละ 50 เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจกว่า 1.5-3 เท่าของคนทั่วไป (เอกราช เพิ่มศรี และคณะ, 2556) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากอาจเห็นว่าเป็นปกติของผู้สูงอายุที่เมื่ออายุมากจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ เศร้า หรืออาจคิดว่าอาการเหล่านี้

เป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกายอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ ดังนั้นการคัดกรองด้วยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า อาจเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันหรือชะลอปัญหาสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสำรวจภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

### แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุคือการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ทั้งนี้ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางกาย ความรู้สึกทางจิตใจ และสติปัญญาทางสมอง ทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อความสุข ความพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า จึงเป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หรือ Major Neurocognitive Disorder (Major NCD) มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกรู้ตัว มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลิกภาพและอารมณ์ มีความสามารถในการคิดเชิง

เชื่อน (abstract thinking) ลดลง (รัชณี นามจันทร์, 2553) กลุ่มอาการดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ เช่น มีปัญหาในการใช้โทรศัพท์เพื่อการสื่อสาร ปัญหาในการรับประทานยา แยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (Montejo, Montenegro, Fernandez & Maestu, 2012) จากการศึกษาทั่วทั้งประเทศ รวม 30 โรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุวัย 75 ปีไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งทางด้านการอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ และการรับประทานอาหาร (Sands et al., 2006) ทำให้เพิ่มสัดส่วนการพึ่งพาผู้ดูแล การประเมินกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานเป็นตัวชี้วัดระดับการภาวะการพึ่งพาผู้ดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานหมายถึงรวมถึงการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองด้านการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาด ใบหน้า ปากฟัน และผม การเคลื่อนที่ในบ้านหรือห้อง การเคลื่อนย้ายตัว การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การกลืนปัสสาวะอุจจาระ และการอาบน้ำ กล่าวได้ว่าอาการสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุพร้อมต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ทั้งนี้ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพทางด้านร่างกาย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้สุขภาพเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย ความคิดความจำ และความสามารถทางสังคม ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิต (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และ อุมพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ยาที่ใช้เป็นประจำ สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น (สุทธานันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ, 2554) ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังคือเบาหวาน (Bordier et al., 2014) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็น

สาเหตุใหญ่ของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เกิด ภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในที่สุดความ เจ็บป่วยทางกายและภาวะพร่องทางสติปัญญานำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า แต่ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Bhamani, Khan & Karim, 2014)

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (comprehensive geriatric assessment) (Extermann, 2005; Matteson, Mcconnell, & Linton, 1996) เป็น ขั้นตอนที่มีความสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อ ค้นหาปัญหาที่มีหลากหลายของผู้สูงอายุ และประเมิน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ พยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการดูแลได้ สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย การประเมิน ประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย (physical assessment)
2. การประเมินสุขภาพด้านจิตใจ (mental assessment)
3. การประเมินด้านสติปัญญา (cognitive assessment)
4. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environment assessment)
5. การประเมินระบบสนับสนุนทางสังคม (social support)
6. การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (functional assessment)

ครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน ดังนี้ (1) ด้านสติปัญญา ได้แก่ ภาวะสมอง เสื่อม (2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และ (3)

ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัญหา สุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้น

การประเมินด้านสติปัญญา (Cognitive assessment) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) เป็นการถามในเรื่องการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ความจำ การคำนวณ การสื่อสาร จากการเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบ สมรรถภาพสมองไทย (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม พบว่าแบบทดสอบทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน การคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้ผลการศึกษาไปในแนวเดียวกัน (อรรพรรณ กูหา, บุญมี บุญมีพิพิธ, จิตนภา วณิชวโรตม์, และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์, 2552)

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกาย (Functional assessment) เป็นการคัดกรอง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เกี่ยวกับการ ประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic ADLs) ที่ พัฒนาขึ้น โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Barthel ADL index) เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง ตาม ถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำ ความสะอาดใบหน้า ปากฟัน และผม การเคลื่อนที่ใน บ้านหรือห้อง การเคลื่อนย้ายตัว การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลง บันได การกลืนปัสสาวะ การกลืนถ่ายอุจจาระ และการ อาบน้ำ

การประเมินด้านจิตใจ (Mental assessment) แบบประเมินสุขภาพจิตหรือแบบวัดความเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย (TGDS) เป็นการวัดความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ตอบว่าใช่ หรือ ไม่ใช่ ผู้สูงอายุต้องไม่มีอาการแสดงออกถึงความเจ็บป่วย อย่างชัดเจนทางร่างกายหรือทางจิตใจ

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 100 คน ที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ มีความเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีอาการหรือความเจ็บป่วยที่รุนแรง และพักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานีตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

การเลือกและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จากประชากรทั้งสิ้นจำนวน 100 คน ครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีจำนวนทั้งหมด 88 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 กิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic ADLs) ประเมินด้วย Barthel ADL index ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้เป็นการวัดระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 และต่ำสุดเท่ากับ 0 โดยถามผู้สูงอายุว่าทำกิจกรรมอะไรได้บ้างในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ถ้าหมดสติ

ให้ 0 คะแนนทั้งหมด เป็นคำถามเกี่ยวข้องกับการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาด ใบหน้า ปากฟัน และผม การเคลื่อนที่ในบ้านหรือห้อง การเคลื่อนย้ายตัว การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การกลืนปัสสาวะอุจจาระ และการอาบน้ำ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งจากการศึกษาความตรงและความเที่ยงของมาตรวัดกิจกรรมประจำวัน บริสทอล (ฉบับภาษาไทย) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเล็กน้อยเกี่ยวกับการรู้คิดพบว่า แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานสามารถใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเล็กน้อยเกี่ยวกับสติปัญญาการรู้คิดได้ (วัฒนาริ อัมมวรรณ, และ จิตติมา ขาวเขียว, 2558) จากการหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

กำหนดเกณฑ์การแปลผล basic ADLs ดังนี้

คะแนนรวม	แปลผล
$\geq 12$	กลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
ระหว่าง 5-11	กลุ่มติดบ้าน สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้บ้าง
$\leq 4$	กลุ่มติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) เป็นการถามในเรื่องการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ความจำ การคำนวณ การสื่อสาร แบบทดสอบถูกสร้างโดยกลุ่ม Train the Brain Forum (Thailand) มีการดัดแปลงและปรับปรุงในปี 2536 จากแบบทดสอบ Folstein's Mini-Mental State Examination (MMSE) จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน จากการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) (MMSE-Thai) 2002 และ

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่าแบบทดสอบทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน การคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ผลการศึกษาไปในแนวเดียวกัน (อรรวรรณ์ คูหา, บุรีณี บุญมีพิพิธ, จิตนภา วณิชวโรตม์, และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์, 2552) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบทดสอบ TMSE ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 และต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน TMSE ที่เท่ากับหรือน้อยกว่า 23 ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม จากการหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

กำหนดเกณฑ์การแปลผล TMSE ดังนี้

คะแนนรวม	แปลผล
24-30	ภาวะปกติ
18-23	มีการสูญเสียการเรียนรู้เล็กน้อย
0-17	มีการสูญเสียการเรียนรู้มาก

เท่ากับหรือน้อยกว่า 23 มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 4 แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) เป็นแบบวัดที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยจำนวน 19 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยใช้แนวคิดจาก Geriatric Depression Screening (GDS) นำมาแปล โดย อรรวรรณ์ ลีทองอิน (2535) มีความเชื่อมั่น .94 ซึ่งมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 และต่ำสุดเท่ากับ 0 หากค่าความเชื่อมั่นครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 ลักษณะคำถามให้ตอบความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ

ถ้าตอบว่าไม่ใช่ในข้อที่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบว่าใช่ ในข้อที่เหลือ ให้ 0 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลผล TGDS ดังนี้

คะแนนรวม	แปลผล
0-12	ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า
13-18	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
19-24	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
25-30	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังรุนแรง

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดำเนินการตามลำดับ ดังนี้ (1) ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยกับคณะกรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย (2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากประชากรทั้งหมด 100 คน (3) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงชี้แจงให้ทราบในการรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ นำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่อย่างใด การนำเสนอหรือการอภิปรายข้อมูลในรายงานการวิจัยจะเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยระหว่างการตอบคำถามถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามและการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจก่อนทำ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม และบันทึกคำตอบที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกลงในแบบสอบถาม (5) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ

แบบสอบถามและได้รับการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือ และ (6) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วน

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุ จำนวน 88 คน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.9 มีช่วงอายุ 70-79 ปี ( $M = 74.41, SD = 7.98$ ) ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 67.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 63 มีรายได้ต่อเดือน 1,000-10,000 บาท ร้อยละ 64.8 เป็นโรค 1-2 โรค โดยร้อยละ 42 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 39.8 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 34 เป็นไขมนันในเลือดสูง และร้อยละ 11.4 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

### ตาราง 1

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ( $N=88$ )

	ปกติ	สูญเสียการเรียนรู้เล็กน้อย	สูญเสียการเรียนรู้มาก
การทดสอบสมรรถภาพสมอง	24-30 คะแนน	18-23 คะแนน	0-17 คะแนน
	N (%)	N (%)	N (%)
ความสามารถในการเรียนรู้	44 (50)	19 (21.59)	25 (28.41)

\* คะแนนเท่ากับ หรือน้อยกว่า 23 คะแนน หมายถึง มีความจำบกพร่อง เกิดภาวะสมองเสื่อม

### ส่วนที่ 2 ภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีระดับการเรียนรู้ปกติ ร้อยละ 28.41 สูญเสียการเรียนรู้มาก และร้อยละ 21.59 สูญเสียการเรียนรู้บ้าง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลการคัดกรองความชุกในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 50 (ผู้ที่มีคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 หรือสูญเสียการเรียนรู้เล็กน้อยถึงมาก) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.55 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 15.91 ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และ ร้อยละ 4.45 ต้องให้ผู้อื่นคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.1 สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง รองลงมา ร้อยละ 82.95 สามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.59 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น รองลงมา ร้อยละ 44.3 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในเรื่องการกลั้นหรือต้องการสวนอุจจาระ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

### ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.41 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 23.86 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 5.68 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตาราง 2**

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (N=88)

	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ADL: ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป	ADL: 5-11 คะแนน	ADL: 0-4 คะแนน
	N (%)	N (%)	N (%)
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	70 (79.55)	14 (15.91)	4 (4.45)

**ตาราง 3**

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รายด้าน (N=88)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	ช่วยเหลือตนเองได้ (Independent) N (%)	ต้องพึ่งพาผู้ดูแล (Dependent) N (%)
การรับประทานอาหาร (feeding)	74 (84.1)	14 (15.9)
การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing)	73 (82.95)	15 (15.9)
ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (grooming)	70 (79.5)	18 (20.5)
การอาบน้ำ (bathing)	70 (79.5)	18 (20.5)
ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfer)	59 (67)	29 (33)
การใช้ห้องน้ำ (toilet use)	57 (64.8)	31 (35.2)
การกลั้นปัสสาวะ (bladder)	54 (61.4)	34 (38.6)
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (mobility)	53 (60.2)	35 (39.8)
การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (bowels)	49 (55.7)	39 (44.3)
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (stairs)	47 (53.4)	41 (46.59)

**ตาราง 4**

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเศร้า (N=88)

ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า 0-12 คะแนน N (%)	มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย 13-18 คะแนน N (%)	มีภาวะซึมเศร้า ปานกลาง 19-24 คะแนน N (%)	มีภาวะซึมเศร้า เศร้ารุนแรง 25-30 คะแนน N (%)
ความเศร้าในผู้สูงอายุ	21 (23.86)	47 (53.41)	15 (17.05)	5 (5.68)

## การอภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากมีความจำบกพร่องถึงร้อยละ 50 เมื่อจำแนกตามระดับการสูญเสียการเรียนรู้พบว่า ร้อยละ 28.41 มีการสูญเสียการเรียนรู้มาก และร้อยละ 21.59 มีการสูญเสียการเรียนรู้ น้อย สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสมองตามวัย เมื่ออายุมากขึ้นความชุกของภาวะสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้น ดังเช่นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.9 มีช่วงอายุที่ 70-79 ปี จึงอาจทำให้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี พุฒิน้อย และ วรรณนิภา บุญระยอง (2555) ที่พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ร้อยละ 42 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.8 เป็นโรคเบาหวาน โรคเรื้อรังเหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงและการลดลงของระดับสติปัญญาในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Wysocki et al., 2012) และจากการศึกษาของ Ohara และคณะ (2011) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็น โรคเบาหวาน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 79.55 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ร้อยละ 15.91 ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และร้อยละ 4.45 พึ่งพาผู้ดูแลในการดำเนินกิจวัตรประจำวันทั้งหมด เนื่องจากที่ศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคม จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงประมาณ 10 คนต่อ การดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 100 คน จึงทำให้ผู้สูงอายุครั้งนี้โดยส่วนใหญ่ที่ไม่มีข้อจำกัดทางร่างกายสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันในการรับประทานอาหารร้อยละ 84.1 และสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เองร้อยละ 82.95 สอดคล้องกับการศึกษาของ

Koq (2015) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 92.7 สามารถรับประทานอาหารได้เอง และร้อยละ 81.5 สามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง อย่างไรก็ตามมีบางกิจกรรมที่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกายเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 11.4 ซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน รวมถึงหลายรายที่ยังไม่เคยรับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการขึ้นลงบันไดร้อยละ 46.59 และร้อยละ 44.3 พบว่ากลืนถ่ายไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระ ทั้งนี้เนื่องจากในวัยสูงอายุมักพบปัญหาท้องผูกเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง อาจทำให้ต้องช่วยสวนอุจจาระ รวมถึงอาจเป็นผลมาจากการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักทำให้กลืนอุจจาระไม่ได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) สำหรับสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เพิ่มข้อจำกัดทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Gunes, Demircioglu, & Karaoglu, 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bordier และ คณะ (2014) พบว่า โรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับการเรียนรู้ลดลง ส่งผลให้พร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 53.41 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 23.86 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 5.68 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 5.9 (เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และ อุมภาพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63 มีรายได้ระหว่าง 1,000-10,000 บาท ร้อยละ 50 อาจเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 79.55 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ร้อยละ 100 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และถึงแม้ร้อยละ 67.1 มีสถานภาพสมรสคู่ แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักไม่ได้มาอยู่ด้วยกันที่ศูนย์

พัฒนาการจัดการสวัสดิการแห่งัน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2517-2550 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น การมีโรคประจำตัว อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย เป็นต้น (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ, 2554) และเนื่องจากที่ศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคม จังหวัดปทุมธานี มีกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำสม่ำเสมอจึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhamani, Khan, และ Karim

(2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

#### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการศึกษานี้ พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 50 ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองร้อยละ 79.55 และส่วนใหญ่มิภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 53.41 ดังนั้นข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ อาจเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพา รวมถึงแก้ไขและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

#### เอกสารอ้างอิง

- รัชนี นามจันทรา. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ*, 14(27), 137-150.
- วิชัย เอกพลากร, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, และ กนิษฐาไทยกล้า. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ. (2554). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(3), 10-15.
- สุภาวดี พุฒิน้อย และ วรณนิภา บุญระยอง. (2555). การพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, 17(3), 12-24.
- อรรรณ กูหา, บุรีณี บุญมีพิพิธ, จิตนภา วณิชวโรตต์, และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552). การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(1), 19-23.

เอกราช เพิ่มศรี, นิติกุล ทองน่วม, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, ภัทรชนิษฐ์ หวังผล, พงางาม พงศ์จตุรวิทย์, อภิวรรณ ณ์ฐมนวรกุล, และ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์. (2556). *คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

Bhamani, M. A., Khan, M. M., & Karim, M. S. (2014). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, *Pakistan*. *Asian Journal of Psychiatry*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2014.12.004>

Bordier, L., Coucet, J., Boudet, J., & Bauduceau, B. (2014). Update on cognitive decline and dementia in elderly patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism*, *40*(1), 331-337.

Carlson, N. E., Moore, M. M., Dame, A., Howieson, D., Silbert, L. C., Quinn, J. F., et al. (2008). Trajectories of brain loss in aging and the development of cognitive impairment. *Neurology*, *70*(11), 828-833.

Gunes, G., Demircioglu, N., & Karaoglu, L. (2005). Daily living activities, social and psychological function levels of older women living in central Malatya. *Turkish Journal of Geriatrics*, *8*(1), 73-83.

Koq, Z. (2015). The investigation of factors that influence self-care agency and daily life activities among the elderly in the northern region of Turkey. *Collegian*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2014.01.002>

Matteson, M. A., McConnell, E. S., & Linton, A. D. (1996). *Gerontological nursing concepts and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Montejo, P., Montenegro, M., Fernandez, M. A., & Maestu, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *54*(1), 298-304.

Ohara T, Doi, Y, Ninomiya T, Hirakawa Y, Hata J, Iwaki T, et al. (2011). Glucose tolerance status and risk of dementia in the community. *Neurology*, *77*(12), 1125-1134.

Sands, L. P., Wang, Y., McCabe, G. P., Jennings, K., Eng, C. R. & Covinsky, K. E. (2006). Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs. *Journal American Geriatric Society*, *54*(1), 336-344.

Wysocki, M., Luo, X., Schmeidler, J., Dahlman, K., Lesser, G. T., Grossman, H., et al. (2012). Hypertension is associated with cognitive decline in elderly people at high risk for dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(3), 1-9.

