

ผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

Effect of the Happiness Program on the Level of Happiness among Caregivers of Elderly with Dementia in Mae Lao District, Chiang Rai Province

พิกุล ทองรักษ์*¹ กฤษณา พุทธรังค์¹ วราภรณ์ แยมมีศรี² นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช² พิมพัรัตน์ บุญยะภักดิ์²
Pikul Thongruk*¹ Krissana Puttawong¹ Waraphorn Yaemmisri² Nongyao Mongkhonittivech² Pimrat Boonyapak²

¹โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย, ประเทศไทย 57250

¹Maelao Hospital Chiang Rai, Thailand 57250

²กลุ่มวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, ประเทศไทย 57100

²Aged care team School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand 57100

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขต่อระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เลือกรูปแบบเจาะจง จำนวน 28 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างสุข 8 กิจกรรม สัปดาห์ ละ 1 ครั้งจำนวน 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย 1) โปรแกรมสร้างสุข 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสุขคนไทย 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired-t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีระดับความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 28.85 เป็น 32.32 ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสามารถนำโปรแกรมสร้างสุขนี้ ไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ยังคงมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย และเป็นแนวทางสำหรับการนำโปรแกรมสร้างสุขไปปรับใช้กับผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างสุข, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental research design, one group pre-post test design, aimed to examine the Happiness Program's effect on the happiness level among caregivers of older adults with dementia. The study sample consisted of 28 participants who were caregivers responsible for older adults with dementia and were selected through purposive sampling. The experimental group received the Happiness Program, which comprised eight activities once a week for four weeks. The research tools included 1) The Happiness Program, 2) Personal data record forms., and 3) The 15-item Thai Happiness Assessment. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Corresponding Author: *E-mail: pikul64@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 เม.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 เม.ย. 2567

Before delivering the Happiness Program, the research findings revealed that caregivers of elderly with dementia had an average happiness score of 28.85, which was lower than the general Thai population. However, after participating in the happiness program, the experimental group showed a remarkable and statistically significant increase in average happiness scores, from 28.85 to 32.32 ($p < .001$). This research underscored the potential of the happiness program to be continuously implemented for caregivers of the elderly with dementia. It served as a guideline for adapting the happiness program for caregivers of other patient groups.

Keywords: Happiness Program, Caregivers, Elderly with Dementia

บทนำ

โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยสถิติจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่า มีผู้สูงอายุทั่วโลกอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีรวมทั้งสิ้น 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 10 ล้านคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทยปัญหานี้ก็มีความรุนแรงเช่นกัน ข้อมูลจากสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ในปี 2019 และ 2020 รายงานว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 628,800 และ 651,950 คนตามลำดับ แสดงถึงการเพิ่มขึ้นที่ประมาณ 23,150 คนต่อปี หรือเพิ่มขึ้น 3.68%^{2,3}

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มของอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่เกิดอย่างช้าๆ และค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ และมีความเสื่อมถอยมากกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ⁴ โรคนี้ส่งผลให้เกิดบกพร่องทางความจำ การตัดสินใจ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคำนวณ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) โดยอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอาการสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุด ในกลุ่มผู้สูงอายุ⁵ ในระยะสุดท้ายของโรคสติปัญญาจะเสื่อมถอยลงอย่างมาก สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายไม่สามารถพูดสื่อสารความต้องการของตนเองให้กับครอบครัวได้ แสดงให้เห็นถึงการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ยากต่อการรักษา ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ชัดเจน และหายขาด มีเพียงแต่ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์⁶

อาการผิดปกติเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงระยะยาว ภาวะทุพพลภาพเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบทบาทของสมาชิกในครอบครัว หน้าที่การงาน เศรษฐกิจ และต้องรับมือกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด เกิดการตอบโต้กันทางอารมณ์และคำพูดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นน้อยลง ซึ่งล้วนเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง จึงถือได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็น “โรคครอบครัว” สมาชิกในครอบครัวจะกลายเป็นบุคคลสำคัญที่บำบัดพาผู้ดูแล⁷ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาระการดูแลของผู้ดูแล (care giver burden) คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในโรงพยาบาลพบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่ง⁸ รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคอัลไซเมอร์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในประเทศญี่ปุ่นพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นคือผู้ป่วยที่ยากจนและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการบ่งชี้ของโรคซึมเศร้า⁹ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับได้รับการช่วยเหลือดูแลประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลและภาระหน้าที่ของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมาก โดยการดูแลที่มีความสมดุลและมีความเข้าใจต่อภาระหน้าที่ของผู้ดูแล การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การเข้าใจและการเห็นใจที่เพียงพอจากผู้ดูแล จะช่วยลดความเครียดและความรู้สึกภาระหน้าที่ของผู้ดูแลได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางบวก จากการศึกษาที่มีความสำคัญมากในการพัฒนาหลักการสนับสนุนและการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและจิตให้กับผู้ดูแลในระยะยาว โดยการเสริมสร้างความรู้เข้าใจความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และวิธีการดูแล การจัดการปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ จะสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่ยาวนาน⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความสุข (happiness) และความหวัง (hope) ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยโปรแกรมนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อช่วยเสริมสร้างอารมณ์ที่ดีและส่งเสริมการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทาย โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางจิตใจและการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดและภาระหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่ยาวนาน ผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรม พบว่าผู้ดูแลมีความสุขและความพึงพอใจในการดูแลมากขึ้น⁵

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของ Archbold เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลในการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่บ้าน แนวคิดหลัก ๆ คือการสนับสนุนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสมาชิกสูงอายุในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และการสนับสนุนในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว¹⁰ จากแนวคิดดังกล่าวมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับประสบการณ์ตามบริบทของคนไทยที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัวดูแลซึ่งกันและกัน แนวคิดในการดูแลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ เศรษฐฐานะ สุขภาพและความพร้อมในการดูแล เป็นต้น 2) การดูแลของครอบครัวประกอบด้วย กิจกรรมที่ต้องดูแล การได้รับความช่วยเหลือและการทำนายนการดูแล 3) การตอบสนองของครอบครัวในการดูแลจากประสบการณ์ แบ่งออกเป็นทั้งด้านลบ และด้านบวก ด้านลบ เช่น ผู้ดูแลรู้สึกเครียด (caregiver role strain) ในการแสดงบทบาทของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากภาระความรับผิดชอบ

ที่สูงขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น และส่วนด้านบวก เช่น ผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจในการทำหน้าที่ลูกที่ดี เป็นรางวัลในการดูแล (rewards of family care) เนื่องจากตนเองได้ตอบแทนผู้สูงอายุที่เคยดูแลตนเองมาก่อน 4) ผลลัพธ์จากการดูแล เช่น สุขภาพของผู้ดูแล และผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต ได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (The Family Care Model) ของ Archbold มาพัฒนาประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของสังคมได้ โดยได้สร้างเป็นโปรแกรมการสร้างสุขวัยทำงาน 8 กิจกรรมหลัก¹¹ ที่เน้นการสร้างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 1) การค้นหาจุดดีของตนเองและ 2) การค้นหาจุดดีของผู้อื่น เน้นการรับรู้และการยอมรับคุณค่าของตนเองและผู้อื่นในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าและความสำคัญของแต่ละบุคคลภายในครอบครัวและชุมชน 3) การดูแลครอบครัว การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อสนับสนุนทางอารมณ์และความเข้าใจต่อกันในครอบครัว และสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแรง 4) การตอบสนองของการดูแลครอบครัว การเสริมสร้างการมีสมดุลชีวิต โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกายและจิตใจ และการให้ความสำคัญกับสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแล การสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยการให้ความสำคัญกับการรักษาความสมดุลทางจิตใจและการรับมือกับสถานการณ์ที่ต่าง ๆ ในชีวิต 5) การมีสมดุลชีวิตด้วยหลัก 8-8-8 เน้นให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกายและจิตใจ โดยให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพด้านกายและสภาวะทางจิตใจให้ดีที่สุด 8 ชั่วโมงนอน 8 ชั่วโมงทำงาน และ 8 ชั่วโมงสำหรับกิจกรรมและการพักผ่อน 6) การเป็นจิตอาสาและทำประโยชน์ให้ผู้อื่น การเน้นการให้ความสำคัญกับการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้อื่นในชุมชน โดยการเป็นอาสาสมัครหรือการช่วยเหลือผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ 7) มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ: การเน้นการปรับใจและการจัดการกับความเครียด โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ การหากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายหรือการพักผ่อนอย่างเหมาะสม และ 8) ความพึงพอใจในสิ่งที่มีการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ในชีวิต โดยการให้ความสำคัญกับสิ่งที่เรามีและการเน้นความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมและผู้คนรอบข้าง จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสร้างสุข 8 กิจกรรมของกรมสุขภาพจิตเน้นการสร้างสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยให้ความสำคัญกับความร่วมมือและความเข้าใจในครอบครัว การสร้างความ

สัมพันธ์ที่แข็งแรง การมีสมดุลชีวิต และการสร้างความพึงพอใจ
ในสิ่งที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าการ
ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระหน้าที่ที่มีผลกระทบต่อ
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็น
ภาระ (Burden) มีความเครียดสูง และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง
มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง
ความสุข และความหวังให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่ยังไม่พบวาระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นเช่นไร
และมีวิธีการ แนวทางปฏิบัติ หรือโปรแกรมที่สามารถเสริมสร้าง
ความสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อมในบริบทของสังคมไทย และนำโปรแกรมสร้างสุข
ของกรมสุขภาพจิตมาประยุกต์ในการสร้างสุขให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมว่าสามารถ
สร้างสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้หรือไม่ หรือมี
ประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นสิ่งสำคัญ
ที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความสุขก่อนและ
หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อม มีระดับความสุขสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
สร้างสุข

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแล
ครอบครัว (The Family Care Model) พัฒนาโดย Archbold
ร่วมกับโปรแกรมการสร้างสุข 8 กิจกรรม ของกรมสุขภาพจิต
ประกอบด้วย 1) การค้นหาจุดดีของตนเองและ 2) การค้นหา
จุดดีของผู้อื่น เน้นการรับรู้และการยอมรับคุณค่าของผู้ดูแล
และการให้ความสำคัญ ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและ
สมาชิกทุกคนในครอบครัว 3) การดูแลครอบครัว การสร้าง

ความอบอุ่น การสนับสนุนทางอารมณ์และความเข้าใจต่อกัน
ในครอบครัว 4) การเสริมสร้างการมีสมดุลชีวิตของผู้ดูแล
โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพทั้งกายและจิตใจ และการให้
ความสนับสนุนการสร้างความมั่นใจในการดูแล การรับมือกับ
สถานการณ์ที่ต่าง ๆ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล
5) การมีสมดุลชีวิตด้วยหลัก 8-8-8 ได้แก่ 8 ชั่วโมงนอน
8 ชั่วโมงทำงาน และ 8 ชั่วโมงสำหรับกิจกรรมและการพักผ่อน
6) การเป็นจิตอาสาและทำประโยชน์ให้ผู้อื่น การเน้นการสร้าง
ความสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชน 7) มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ: การเน้น
การปรับใจและการจัดการกับความเครียด โดยการใช้เทคนิค
ต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย
หรือการพักผ่อนอย่างเหมาะสม และ 8) ความพึงพอใจในสิ่งที่
มีการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ในชีวิต
โดยการให้ความสำคัญกับสิ่งที่เรามีและการเน้นความสัมพันธ์
ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมและผู้คนรอบข้างรวมทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อม
ที่ต้องดูแล ซึ่งโปรแกรมสร้างสุข ทั้ง 8 กิจกรรม นี้ จะช่วยให้
ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูง
อายุสมองเสื่อมสามารถยอมรับและปรับตัว สามารถดูแลผู้สูง
อายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ได้
รับการดูแล สนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน มีสัมพันธ์ภาพที่ดี
มีความสมดุลของการใช้ชีวิตและมีความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-
experimental research) 1 กลุ่ม วัดก่อนทดลองและ
หลังทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสร้างสุข (pretest-
posttest control group design) โดยกลุ่มตัวอย่างในการ
ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกระดับ
ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัด
เชียงราย ช่วงเดือนเมษายน - กันยายน 2565

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการ
ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
(ตามเกณฑ์ ICD -10) ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทุกระดับ
ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว
มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการประเมิน MMSE พบว่าไม่มีความผิดปกติในการรู้คิด
3) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูด การได้ยิน และการมองเห็น

ได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกคือ ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุและไม่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัย เกณฑ์ยุติการวิจัย คือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ราย ได้เพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการ dropout ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็น 26 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนเป็น 28 ราย¹²

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การใช้สารเสพติด 2) แบบประเมินความสุขของคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators) ของกรมสุขภาพจิต¹³ ที่พัฒนาโดย Mongkol จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมมี 3 ระดับ คือ 51-60 คะแนน หมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) 44-50 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair) และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) แบบประเมินผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างสุขวัยทำงาน ของกรมสุขภาพจิต¹¹ เป็นโปรแกรมที่ผ่านขั้นตอนการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรม โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมสร้างสุขนี้จะส่งเสริมให้คนวัยทำงานสามารถดูแลสุขภาพใจของตนเอง ครอบครัวและคนรอบข้างได้ และมีการขับเคลื่อนทางนโยบายอย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89¹²

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว เลขที่ CRPPHO No.50/2565 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนิน

การวิจัย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อให้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากรายงานข้อมูลประจำปีของโรงพยาบาลแม่ลาว เตรียมเครื่องมือขอพิจารณาจริยธรรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดขึ้นจำนวน 30 รายได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ชั้นดำเนินการ ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนเมษายน - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยจัดกิจกรรมขึ้นในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสุขทุก 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม จนครบ 8 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 120 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0) สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำการประเมินความสุขคนไทย (ครั้งที่1) ก่อนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุขที่ 1, 2

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข ที่ 3,4

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข ที่ 5,6

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข ที่ 7,8 ประเมินความสุขคนไทยหลังให้โปรแกรมครบ 4 ครั้ง (ครั้งที่2)

3. ระยะประเมินผลการทดลอง หลังเสร็จสิ้นทั้ง 8 กิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสุขคนไทยก่อนและหลังให้โปรแกรมสร้างสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบข้อมูลความสุขคนไทยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างสุขด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	21.4
หญิง	22	78.6
อายุ		
31-40	4	14.3
41-50	6	21.4
51-60	6	21.4
61-70	8	28.6
71-80	4	14.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	10.7
ประถมศึกษา	13	46.4
มัธยมต้น	3	10.7
มัธยมปลาย/ปวช.	6	21.4
อนุปริญญา/ปวส.	2	7.1
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1	3.6
อาชีพ		
พนักงานเอกชน	2	7.1
ธุรกิจส่วนตัว	4	14.3
เกษตรกร	3	10.7
รับจ้างทั่วไป	8	28.6
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.6
ว่างงาน	4	14.3
อื่น ๆ	6	21.4

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.6 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 57.1 อยู่ในวัยทำงาน และเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถม และมีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 10.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.6

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข ของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างสุข โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 28)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสุข	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนให้โปรแกรมสร้างสุข	28.85	6.24			
หลังให้โปรแกรมสร้างสุข	32.32	4.87	-5.56	27	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนความสุขของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข เท่ากับ 28.85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปมาก ซึ่งบุคคลทั่วไปของประชากรไทย ควรอยู่ที่ระดับคะแนน 44-50 คะแนน¹³ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ก่อนและหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือในช่วงเวลาที่ยังไม่ได้ให้โปรแกรมมีค่าคะแนน 28.85 และหลังจากให้โปรแกรมมีค่าคะแนน 32.32 ซึ่งก็ยังคงมีระดับความสุขต่ำกว่าคนไทยทั่วไป

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข เท่ากับ 28.85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนทั่วไปมาก บุคคลทั่วไปของประชากรไทย ควรอยู่ที่ระดับคะแนน 44-50 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2567) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต ทุกข์ทรมาน และต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก จากการศึกษาที่ตรงประเด็นปัญหา รอบด้าน ทั้งการรองรับอารมณ์ หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม การต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง การต้องแยกจากสังคม รวมทั้งปัญหาด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่งลง⁶ หลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขช่วยทำงานของกรมสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสุขคนไทยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมสร้างสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างสุขช่วยทำงานของกรมสุขภาพจิต สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ร้อยละ 42.9 เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาน้อย คือไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเรียนในระดับชั้นประถม ก็สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างสุขช่วยทำงานของกรมสุขภาพจิต เพื่อช่วยสร้างสุขให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมซึ่งมีปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก สร้างภาระ ความเครียด วิตกกังวลหรือผู้ดูแลอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สามารถอภิปรายได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความรู้ มีมุมมองชีวิตที่เปลี่ยนไป เข้าใจตัวเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต มีทักษะในการแก้ปัญหาให้กับตัวเอง

และครอบครัว เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สร้างสรรค์ผ่านกระบวนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข 8 กิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน นอกจากนี้การได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รับฟังผู้อื่น มีโอกาสเปิดเผยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวิธีการดูแลแบบอื่น ๆ มีมุมมองความคิดที่กว้างขึ้น มีวิธีการที่เหมาะสมที่จะนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง ช่วยให้ปัญหาเบาบางลงได้ รับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น และเป็นการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการเข้าใจความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือสังคม ทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ในเรื่องโรค ทักษะในการดูแล การได้รับการช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในการรักษา ถ้าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม ตามความต้องการจะช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพใจดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁴ และจากการศึกษา เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมว่าเมื่อได้รับรู้ รับฟังจากผู้นำกลุ่ม ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้เพิ่มขึ้น¹⁵ และการศึกษา เรื่องความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องการการฝึกทักษะการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และต้องการการฝึกวิธีควบคุมอารมณ์ตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรม และการแสดงออกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย¹⁶ ฉะนั้นครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว บรรยากาศผ่อนคลาย ทำให้ความเครียดในการดูแลน้อย¹⁷ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข จะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้เรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด สร้างสมดุลแห่งความสุขให้กับชีวิตตนเอง พร้อมทั้งจะเผชิญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุข

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า 8 กิจกรรมสร้างสุขของกรมสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ชวนคิดชวนคุย ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม
วิธีการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ และ
น่าจะส่งผลดีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว
ต่อไป และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น
หรือบุคคลในช่วงวัยอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัย บุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำ
โปรแกรมสร้างสุขไปปรับใช้ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่
ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการสร้างความเข้มแข็งทางด้าน
จิตใจ มีพลังใจ เพื่อคงความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้
สามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างสุขในกลุ่ม
ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครั้งต่อไป โดยศึกษาในระยะเวลา
ที่ยาวนานขึ้น มีกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น หรือศึกษา
เปรียบเทียบกับ 2 กลุ่ม และควรนำโปรแกรมสร้างสุขไปทดลองใช้
กับกลุ่มอื่น ๆ หรือในภาคอื่นของประเทศไทยที่มีมุมมอง
ความเชื่อ วัฒนธรรม และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่แตกต่างกัน
เป็นการขยายผลไปใช้ในเชิงลึกและกว้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์
สูงสุด

References

1. World Health Organization. Dementia Key facts 2022.
2. Thai Research Foundation for Elderly Development (ThaiRFED). Situation of Thai Elderly in 2019. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 2020.
3. Thai Research Foundation for Elderly Development (ThaiRFED). Situation of Thai Elderly in 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. 2021.
4. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2018;14(3), 367-429.
5. Nopasat P, & Sunthorachaiya S. The Effects of a Family-Centered Hope-Building Program on Depression in Elderly Patients with Late-Life Depression. *Police Nursing Journal* 2015;7(1), 85-94. (in Thai)

6. Smolowitz J. Dementia and Delirium. In Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C, editors. *Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. St. Louis: Elsevier; 2020.
7. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, & Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability, and Caregiver Role Strain in Older Persons with Parkinson's Disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurse* 2015;15(3):235-45. (in Thai)
8. Dawood S. Caregiver Burden, Quality of Life, and Vulnerability Towards Psychopathology in Caregivers of Patients with Dementia Alzheimer's Disease. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2016;26(3): 892-5.
9. Montgomery W, Goren A, Kahle-Wroblewski K, Nakamura T, & Ueda K. Alzheimer's Disease Severity and Its Association with Patient and Caregiver Quality of Life in Japan: Results of a Community-Based Survey. *BioMed Central Geriatrics*. 2018;18(2):141-4.
10. Archbold PG, Stewart BJ, Miller LL, Harvath TA, Greenlick MR, & Van Buren L. The PREP system of nursing intervention: A pilot test with families caring for an older member. *Research in Nursing & Health*. 1995;18(3):3-16.
11. Department of Mental Health. *Community Mental Health Program (2nd ed.)*. Nonthaburi: Prosper Plus Co., Ltd.;2017.
12. Polit D. F, & Hunger BP. *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott. 1995.
13. National Mental Health Commission Office. *Thai Happiness Assessment Scale (THAS-15)*. Bangkok: National Mental Health Commission Office. 2019.

14. Queluz FNFR, Kervin E, Wozney L, Fancey P, McGrath PJ, & Keefe J. Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. *International Psychogeriatrics*. 2020;32(1):35-52. doi:10.1017/S1041610219 000243
15. Boonrayong W. Family Burden in Caring for Elderly Patients with Dementia. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 1998;1(1):11-7.
16. Sopha Musico. Caregiver Needs in Caring for Dementia Patients. Master's Thesis, Graduate School, Songklanagarind University, Major in Psychiatric Nursing and Mental Health; 2003.
17. Taksinachanekij P, & Kespichayawattana J. Factors related to stresss of caregiver in dementia patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(3):171-9. (in Thai)