

ปัญหา ความต้องการ และการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์, พย.ม.*

บังอร เผ่าน้อย, พร.ด.**

ทัศนีย์ เกริกกุลธร, พย.ด.***

Received: December 19, 2025

Revised: July 19, 2026

Accepted: August 21, 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญภาระและผลกระทบหลายด้าน จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลที่สะท้อนภาระ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลอย่างแท้จริง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานแบบคู่ขนาน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 15 คน ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินภาระการดูแล ฉบับย่อ 12 ข้อ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างในหัวข้อปัญหา/อุปสรรคและความต้องการในการดูแล ค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือของแบบประเมิน ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา ได้ค่า 0.88 วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ($M = 0.78$, $SD = 0.71$) โดยเฉพาะในด้านผลกระทบต่อชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายรายงานว่ามีความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล และความเครียดจากการดูแลต่อเนื่องโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้ดูแลเผชิญ ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ เวลา เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต้องการของผู้ดูแลครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว บริการสุขภาพ สุขภาพของผู้ดูแล เศรษฐกิจ และการประสานงานบริการ ข้อค้นพบสะท้อนถึงความสำคัญของการสนับสนุนผู้ดูแลในฐานะผู้ได้รับผลกระทบร่วมจากโรคสมองเสื่อม ข้อเสนอแนะ ควรมีแนวทางดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่องเพื่อเสริมพลังและลดภาระของผู้ดูแลในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ภาระการดูแล ความต้องการ ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: bangon@bcns.ac.th

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Problems, Needs, and Burden of Care for Caregivers of Elderly People with Dementia

Nutjaporn Singsawat, M.S.N.*

Bang-on Phaonoi, Ph.D.**

Tassanee Krirkgulthorn, D.N.S.***

Abstract

Thailand has a growing trend of elderly people with dementia, resulting in caregivers facing burdens and various impacts, making it necessary to study data that reflects the burdens, problems, and needs of caregivers. Truly, this research aims to study the burdens, problems, and needs of caregivers for elderly individuals with dementia by using a mixed-methods approach in a parallel design, collecting data from June to December. Prof. In 2024, the primary informants were specifically selected, consisting of 15 primary caregivers who care for dementia patients and utilize services at the elderly clinic. The research instruments included a 12-item short version of the caregiver burden assessment, in-depth interviews based on semi-structured questions focusing on issues/obstacles and care needs, content validity assessed by three experts, and the reliability of the assessment tool measured by the Cronbach's alpha coefficient, which was 0.88. The data were analyzed quantitatively using descriptive statistics and qualitatively through content analysis.

The research findings revealed that the caregiving burden of most caregivers was at a low level ($M = 0.78$, $SD = 0.71$), particularly in terms of impact to life. However, some caregivers reported feelings of guilt, anxiety, and stress from continuous caregiving without assistance. Qualitative data revealed that the main issues caregivers face include emotional, time, economic, and healthcare access problems. The needs of caregivers encompass five main dimensions: Support from family, healthcare services, caregiver health, economy, and service coordination. The findings reflect the importance of supporting caregivers as they are also affected by dementia. Recommendation: There should be a continuous holistic care approach to empower and reduce the burden on caregivers in the long term.

Keywords: Dementia, Caregivers, Caregiver burden, Needs, Older adults

*Registered nurse, Geriatric clinic, Saraburi Hospital

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;
Corresponding Author E-mail: bangon@bcns.ac.th

***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20.20 (14.16 ล้านคน) (กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568; ปราโมทย์ ประสาทกุล และภุชิต ประคองสาย, 2566) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุได้นำมาซึ่งภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของระบบประสาท หนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) จากค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มสูงขึ้น (รัชนี้ หาญสมสกุล และวัฒนา ชยธวัช, 2567) อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของประชากรอายุ 60-79 ปี พ.ศ. 2567 เท่ากับ 177.16 (ความชุกเท่ากับ 0.35) และข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เท่ากับ 116.92 (ความชุกเท่ากับ 0.43) (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2568ก, 2568ข) และมีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ระหว่างพ.ศ. 2566 ถึง 2567 เฉพาะการวินิจฉัยโรคหลักเพิ่มขึ้นจาก 2.80 เป็น 3.85 และเมื่อรวมทุกการวินิจฉัยโรคเพิ่มขึ้นจาก 131.03 เป็น 151.12 (กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566, 2567)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สมองเสื่อมถอยด้านความรู้คิดและสติปัญญา โดยมีสาเหตุหลักจากโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะทางระบบประสาทอื่น ๆ เช่น โรคพาร์กินสัน เนื้องอกในสมอง และภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ทั้งด้านความสามารถในการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ และการดูแลตนเอง เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560, 2561)

จากลักษณะของภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ การดูแลด้านยา การพาผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลในระยะยาว ภาระดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกาย ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมถึงข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ขาดผู้ช่วยเหลือหรือระบบสนับสนุนที่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2020, 2026) การศึกษาของ Connors et al. (2020) ระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 47.40 รายงานว่าตนมีภาระการดูแลระดับสูงเมื่อดูแลผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อมถอยอย่างรุนแรง และร้อยละ 56.80 รู้สึกว่าภาระเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเวลาผ่านไป หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ หลักฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศสะท้อนสอดคล้องกันว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลของผู้ป่วยอื่น ๆ (ดุจปรารณา พิศาลสารกิจและคณะ, 2563; ภาวดี เหมทานนท์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562; Shin & Kim, 2022)

แม้จะมีงานวิจัยที่กล่าวถึงภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับภาพรวม แต่ผู้ดูแลยังมีความต้องการความรู้และการสนับสนุนเพิ่มเติม โดยเฉพาะความต้องการที่ครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค การจัดการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม การจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ตลอดจนความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการแบ่งเบาภาระจากสมาชิกครอบครัวหรือชุมชน งานศึกษาของ Campione and Zebrak (2020) พบว่าร้อยละ 22 ของผู้ดูแลยังไม่ได้รับความช่วยเหลือตามที่ต้องการ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาระและความสามารถในการดูแลในระยะยาว นอกจากภาระการดูแลที่สามารถ

ประเมินในเชิงปริมาณแล้ว ผู้ดูแลแต่ละรายยังมีประสบการณ์และการรับรู้ต่อการดูแลที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การประเมินด้วยแบบสอบถามหรือเครื่องมือมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถสะท้อนความรู้สึก ความหมาย ประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะปัญหาหรือความต้องการที่ผู้ดูแลอาจไม่สามารถถ่ายทอดผ่านตัวเลือกของแบบสอบถามได้ (Mongklam et al., 2025)

การทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากความต้องการของผู้ดูแลไม่ได้จำกัดเฉพาะความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังรวมถึงความต้องการผู้ช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การประสานงานระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการให้ระบบบริการมีความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ดูแล การรับฟังเสียงของผู้ดูแลโดยตรงจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัญหาและความต้องการที่ซ่อนอยู่ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปออกแบบบริการที่ตอบสนองต่อผู้ดูแลและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองของจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรีได้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ไม่มีผู้ช่วยเหลือหมุนเวียน ข้อมูลจากการสังเกตในคลินิกดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคสำคัญในการให้บริการและการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ทั้งด้านการดูแล การขาดผู้ช่วยเหลือ การจัดการกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย ตลอดจนการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างลึกซึ้งว่า ผู้ดูแลประสบปัญหาอะไรในชีวิตประจำวัน มีวิธีการจัดการกับภาระการดูแลอย่างไร สิ่งใดเป็นปัจจัยที่ช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพในรูปแบบใด รวมถึงมีความต้องการหรือปัญหาใดที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง การทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้จากมุมมองและประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Wangpitipanit et al., 2025)

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) รูปแบบคู่ขนาน (convergent parallel design) เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ มุมมอง ความรู้สึก และความหมายของการเป็นผู้ดูแล ตลอดจนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ และการศึกษาเชิงปริมาณด้วย ทั้งนี้ผลการศึกษจะช่วยสะท้อนเสียงและประสบการณ์ของผู้ดูแลอย่างรอบด้าน และนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแล พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และกำหนดแนวทางการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

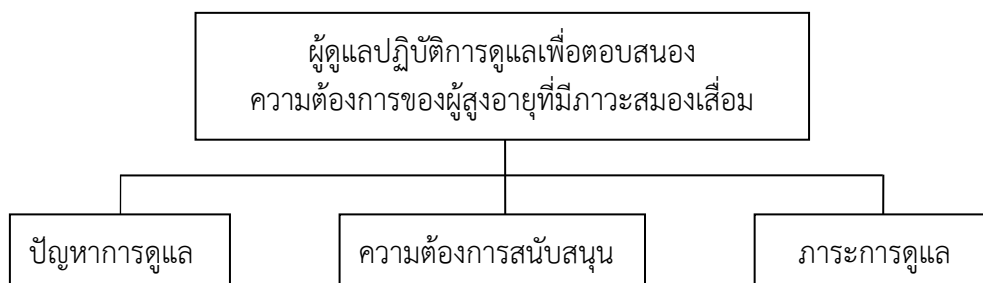
1. ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
2. ศึกษาปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
3. ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดภาระการดูแล (caregiver burden) ของ Zarit เป็นฐานในการทำความเข้าใจผลกระทบที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะที่มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการดังกล่าว ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ การดูแลความปลอดภัย และการพาเข้ารับบริการสุขภาพ การทำหน้าที่ดูแลดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาในการดูแล และเกิดความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากร และบริการสุขภาพ ตลอดจนแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันผู้ดูแลอาจรับรู้ภาระการดูแลอันเป็นผลกระทบจากบทบาทการดูแล ซึ่งครอบคลุมภาระการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อชีวิต ความเครียด และความรู้สึกลดลงบทบาทการดูแล (Zarit et al., 1986) ส่วนปัญหาและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล กำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากประสบการณ์ของผู้ดูแล ดังนั้น ตัวแปรของการวิจัยครั้งนี้ จึงประกอบด้วย ปัญหาในการดูแล ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และภาระการดูแล เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ดูแลและนำไปใช้พัฒนาการสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) รูปแบบคู่ขนาน (convergent parallel design) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ณ ชุมชนในเขตตำบลปากเพรียว อ. เมือง จ. สระบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากรายชื่อเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงปีพ.ศ. 2565–2567 จำนวน 15 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของประชากรผู้ดูแลทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม และอยู่ในความดูแลต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี 2) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เกณฑ์คัดออก ผู้ดูแลมีปัญหาการได้ยินหรือบกพร่องทางการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (นับตั้งแต่เริ่มมีอาการสมองเสื่อม)

2. แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย (Zarit Burden Interview: ZBI) ฉบับภาษาไทย 12 ข้อ และมี 3 องค์ประกอบคือ ผลกระทบ (ข้อ 1, 7-10) ความเครียด (ข้อ 2-6) และความรู้สึกลำบากใจ/ภาระเชิงสัมพันธ์ภาพ (ข้อ 11-12) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-4 คะแนนเต็ม ซึ่ง 0 หมายถึงไม่มีภาระเลย และ 4 หมายถึงมีภาระอย่างมาก แบบประเมินนี้เคยผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สมองเสื่อม และลมชัก)

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 2 ข้อ คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสร้างปัญหา/ส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง? และท่านพบอุปสรรคในการพาผู้สูงอายุไปใช้บริการทางการแพทย์หรือไม่อย่างไร? และ 2) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ได้แก่ ท่านต้องการให้คลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการสุขภาพช่วยเหลืออย่างไรในการดูแลผู้ป่วย? ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม? และ ท่านต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาพของตัวท่านเองอย่างไร? รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง สำหรับแบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ ซึ่งได้รับการแปลและตรวจสอบความตรง โดย อรพรรณ ศิลปะกิจ และคณะ (2558) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการวิจัย ส่วนแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณาความครอบคลุม ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเข้าใจและความชัดเจนของข้อคำถาม ก่อนปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี (ec022/2567) และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยการเคารพอำนาจอธิปไตย ยึดถือประโยชน์และปฏิบัติต่ออาสาสมัครอย่างเป็นธรรม ผู้วิจัยอธิบายเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัย และให้โอกาสให้การเลือกตัดสินใจหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกผู้สูงอายุ เมื่อพบผู้ดูแลที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงานวิจัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ดูแลให้เข้าใจเป็นอย่างดี จากนั้นจึงขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ผู้ดูแลลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (informed consent) เมื่อตกลงเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลตามความสะดวกที่บ้าน โดยผู้วิจัยเริ่มจากให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาระการดูแล (ZBI-12 ฉบับไทย) จากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างในหัวข้อปัญหา/อุปสรรคและความต้องการในการดูแล ผู้วิจัยได้บันทึกเสียง (เทปบันทึก) และจดบันทึกการสนทนาตลอดการสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสนทนา ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลฟังเพื่อยืนยันความถูกต้องตามความเข้าใจของผู้วิจัย (member checking) การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อราย และดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไปจนข้อมูลเริ่มซ้ำกันหรือไม่ปรากฏประเด็นใหม่เพิ่มเติม (ข้อมูลอิ่มตัว) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างรวม 15 รายตามที่วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกทั่วไปและแบบประเมินภาระผู้ดูแล ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกได้ทำการถอดไฟล์เสียงคำสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นข้อมูลข้อความ จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ แล้วทำการจำแนกโค้ด (coding) ประเด็นสำคัญที่ปรากฏ อุปมาประเด็นที่คล้ายกันเป็นหมวดหมู่ย่อย และตีความเชื่อมโยงหมวดหมู่เหล่านั้นเพื่อสรุปหัวข้อหลัก (theme) ที่สะท้อนถึงปัญหา อุปสรรคและความต้องการของผู้ดูแลตามข้อมูลให้ผู้ดูแลให้ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยแต่ละข้อ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์โดยให้ผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบกระบวนการและผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (peer debriefing)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 23–90 ปี (อายุเฉลี่ย 59.87 ปี, $SD = 14.71$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 คน) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงผู้สูงอายุตอนต้น สถานภาพสมรสของผู้ดูแลส่วนมากคือสมรสและอยู่กับคู่สมรส (8 คน) รองลงมาคือหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต (4 คน) และโสด (3 คน) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความหลากหลาย ตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือ (2 คน) ประถมศึกษา (2 คน) มัธยมศึกษา (5 คน) จนถึงปริญญาตรี (6 คน) รายได้ส่วนตัวของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยประมาณ 18,040 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาทและสูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (10 คน) ระบุว่ารายได้เพียงพอกับรายจ่ายในการครองชีพ มีเพียง 5 คนที่รู้สึกว่ารำไรได้ไม่เพียงพอ ผู้ดูแลเกือบทุกรายเป็นญาติของผู้ป่วย (14 คน) ส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของผู้ป่วย เช่น บุตรหรือหลานแท้ ๆ ของผู้สูงอายุ 10 คน มีเพียง 1 คนที่เป็นผู้ดูแลที่จ้างมาไม่ใช่ญาติ ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติที่ใกล้ชิดนี้สะท้อนว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความผูกพันกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกครอบครัว ระยะเวลาที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ 4–7 ปีในกรณีส่วนใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการดูแลของผู้ดูแล (n =15)

คำถาม	Min	Max	M	SD	ภาระการดูแล*
ด้านผลกระทบ (ข้อ1, 7-10)	0.00	2.20	0.52	0.71	น้อย
1. คุณรู้สึกว่ามีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลย	0.00	2.00	0.53	0.92	น้อย
เพราะต้องใช้เวลาคูแลญาติของคุณหรือไม่					
7. คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัว	0.00	3.00	0.53	0.92	น้อย
อย่างที่คุนอนอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่					
8. คุณรู้สึกว่ากรดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา	0.00	2.00	0.27	0.70	น้อย
9. คุณรู้สึกว่าคุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่	0.00	2.00	0.53	0.92	น้อย
10. คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่	0.00	3.00	0.73	1.10	น้อย
ความเครียด (ข้อ2-6)	0.00	3.00	0.89	0.84	น้อย
2. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณ	0.00	3.00	1.13	1.06	น้อย
ในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่					
3. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่	0.00	2.00	0.67	0.90	น้อย
4. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวและเพื่อน ๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่	0.00	3.00	0.53	1.06	น้อย
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่	0.00	4.00	1.00	1.13	น้อย
6. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่	0.00	4.00	1.13	1.30	น้อย
ความรู้สึกเอาใจใส่ (ข้อ 11,12)	0.00	3.00	1.13	1.19	น้อย
11. คุณรู้สึกว่าควรจะทำอะไรมากขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่	0.00	3.00	1.07	1.22	น้อย
12. คุณรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่	0.00	4.00	1.20	1.42	น้อย
ภาระการดูแลโดยรวม	0.08	2.67	0.78	0.71	น้อย

หมายเหตุ * 0-1.33 ระดับน้อย 1.34 - 2.67 ระดับปานกลาง 2.68-4.00 ระดับมาก

คะแนนภาระการดูแลสูงที่สุดคือ มิติความรู้สึกเอาใจใส่ ($M = 1.13$, $SD = 1.19$) รองลงมาคือ มิติความเครียด ($M = 0.89$, $SD = 0.84$) และมิติผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแล ($M = 0.52$, $SD = 0.71$) ตามลำดับ และภาระการดูแลโดยรวมเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย

ภาระการดูแล

ภาระการดูแลเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย กล่าวคือ ผู้ดูแล “แทบไม่รู้สึกเป็นภาระ” ($M = 0.78$, $SD = 0.71$) เมื่อพิจารณารายด้านตามมิติของภาระการดูแล พบว่า มิติที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระสูงที่สุดคือ มิติความรู้สึกเอาใจใส่/ภาระเชิงสัมพันธ์ภาพ ($M = 1.13$, $SD = 1.19$) รองลงมาคือ มิติความเครียด ($M = 0.89$, $SD = 0.84$) และ มิติผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแล ($M = 0.52$, $SD = 0.71$) ตามลำดับ กล่าวคือ ผู้ดูแลมีคะแนนด้านความรู้สึกต่อบทบาทผู้ดูแลสูงกว่าด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะความรู้สึกว่าตนเองควรเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยให้ดี

ยิ่งขึ้นหรือรู้สึกผิดหากดูแลได้ไม่เต็มที่ ขณะที่ด้านผลกระทบต่อชีวิตตนเอง (เช่น การเสียเวลาส่วนตัวหรือสังคม) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด แสดงว่าผู้ดูแลส่วนมากยอมรับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพราะการดูแลได้พอสมควร สำหรับการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่ามีภาระมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “รู้สึกว่าการทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้” ($M = 1.20, SD = 1.42$) “รู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพของตนเองเพราะการดูแลญาติ” ($M = 1.13, SD = 1.30$) และ “รู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติไปพร้อมกับรับผิดชอบครอบครัวและงานของตนเอง” ($M = 1.13, SD = 1.06$) ข้อมูลทั้งสามประการสะท้อนว่าผู้ดูแลมีความกังวลใจเกี่ยวกับบทบาทและความสามารถของตนในการดูแล เช่น รู้สึกผิดหรือเสียใจที่อาจดูแลได้ไม่ดีพอ และมีความเครียดเมื่อต้องแบ่งเวลาระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับภาระหน้าที่อื่น ส่วนมากไม่ได้รู้สึกโกรธผู้ป่วย ($M = 0.67, SD = 0.90$) หรือไม่ได้รู้สึกว่าชีวิตทางสังคมมีปัญหามากนัก ($M = 0.27, SD = 0.70$) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนมิติผลกระทบและมิติความเครียดที่ค่อนข้างต่ำ ดังตารางที่ 1

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องเผชิญความท้าทายในหลายมิติเมื่อดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล หนึ่งในปัญหาสำคัญคือความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่คาดเดาได้ยากหรือต่อต้านการดูแล เช่น ไม่ยอมทำตามคำแนะนำ หงุดหงิดง่าย หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ดูแลหลายคนยอมรับว่าพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ตนเกิดความเครียด โกรธ หรือหงุดหงิดใจขณะดูแล ดังคำกล่าวของผู้ดูแลรายหนึ่งที่กล่าวว่า: “หงุดหงิดที่พ่อไม่ทำตามทีบอก... พ่อชอบไปทำสวนตากแดด พ่อไม่ชอบอยู่บ้านและไม่ชอบคนเยอะ” (CG1) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้รู้สึกหงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วย (บิดาของตน) ไม่เชื่อฟังคำแนะนำและชอบออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านกลางแดด ซึ่งสร้างความกังวลใจแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนระบุว่าตนมีความกดดันทางอารมณ์จนบางครั้งแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาโดยไม่ตั้งใจ ยอมรับว่า “เครียด หงุดหงิด และตีผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่ยอมใส่แอมเพิร์ส” (CG3) สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลรู้สึกตึงเครียดมากจนขาดความอดทนและลงมือทำโทษผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการสวมใส่อุปกรณ์ช่วยเหลือ (แอมเพิร์ส) ในบางกรณี ผู้ดูแลยังมีความวิตกกังวลตลอดเวลาว่าผู้ป่วยจะเกิดอันตราย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยชอบเดินออกนอกบ้าน ดังผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า: “เวลาออกนอกบ้าน กลัวผู้ป่วยหกล้ม กลัวหลงทาง” (CG9) สะท้อนถึงความกังวลใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ติดตามตัวผู้ดูแลไปทุกที่ ความเครียดสะสมและความวิตกกังวลเหล่านี้ล้วนเป็นภาระทางใจที่ผู้ดูแลต้องแบกรับในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. ปัญหาด้านร่างกายของผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องใช้พลังงานและเวลาอย่างมาก ผู้ดูแลหลายคนประสบปัญหาสุขภาพกายตนเองเนื่องจากความเหนื่อยล้าและการต้องดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ผู้ดูแลบางรายมีโรคประจำตัวของตนเองอยู่แล้ว เมื่อมาทำหน้าที่ผู้ดูแลยิ่งทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวถึงสภาพร่างกายตนเองว่า: “ร่างกายเหนื่อย แต่ต้องอดทน เพราะผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี เป็นโรคภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง” (CG3) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้แม้จะมีโรคประจำตัว (ภูมิแพ้และความดันโลหิตสูง) แต่ก็ต้องฝืนทนทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อไปโดยไม่ได้พักมากนัก นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนรายงานปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือการบาดเจ็บจากการตรากตรำทำงานและดูแลผู้ป่วย เช่น อาการปวดข้อเข่าหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการยกผู้ป่วยหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลรายหนึ่ง: “ปวดเข่าหลังจากมาเลี้ยงหลาน และต้องดูแลผู้ป่วย” (CG2) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลรายนี้ต้องแบกรับบทบาทดูแลทั้งเด็กเล็ก (หลาน) และผู้สูงอายุสมองเสื่อมไปพร้อมกัน จนส่งผลต่อสุขภาพข้อต่อเข่าของตนเอง

3. ปัญหาด้านเวลาและภาระหน้าที่ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องอาศัยเวลามากและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลายคนรายงานว่าตนแทบไม่มีเวลาส่วนตัวหรือเวลาพักผ่อนเลย เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาให้กับ การดูแลและภาระงานบ้านตลอดทั้งวัน ดังคำกล่าวว่า “ไม่มีเวลาส่วนตัว...ต้องดูแลทุกคนในบ้าน” (CG4)

ข้อความนี้สะท้อนว่าผู้ดูแลบางคนไม่ได้ดูแลแค่ผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ยังมีภาระดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ และงานบ้านทั้งหมด ซึ่งทำให้ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลายส่วนตัว การขาดเวลาส่วนตัวนี้เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมถือเป็นอีกอุปสรรคหนึ่งที่ผู้ดูแลต้องแบกรับ หลายครอบครัวมีรายได้จำกัดและต้องพึ่งพิงรายได้ของผู้ดูแลเพียงคนเดียว หรือต้องพึ่งเงินช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ผู้ดูแลหมายเลข CG2 เปิดเผยถึงปัญหานี้ว่า: “เงินไม่พอใช้ สามมีทำงานคนเดียว และได้เงินช่วยเหลือจากหลาน 3,000 บาท” (CG2) กรณีนี้ผู้ดูแลเองไม่มีรายได้ ส่วนสามมีเป็นผู้หารายได้หลัก และยังต้องอาศัยเงินช่วยเหลือจากหลานจำนวนเล็กน้อย ซึ่งยังคงไม่เพียงพอต่อรายจ่าย การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่ายา ค่าอาหารเฉพาะโรค และค่าเดินทางไปโรงพยาบาล หากครอบครัวใดมีฐานะยากจน ปัญหาการเงินย่อมสร้างความเครียดให้ผู้ดูแลมากขึ้นนอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดก็เป็นอุปสรรคสำคัญ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ไกลโรงพยาบาลต้องเสียค่าเดินทางสูง ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์ “มีอุปสรรคค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 20 กิโลเมตร ต้องจ้างมอเตอร์ไซด์” (CG10) การต้องเหมารถมอเตอร์ไซด์หรือพาหนะอื่น ๆ ทุกครั้งที่ไปโรงพยาบาลถือเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นภาระที่ซ้อนทับกับภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแล

5. ปัญหาด้านสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอาจตึงเครียดในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนใกล้ชิด เช่น ด่าว่า โยนข้าวของ หรือนอนไม่หลับกลางคืน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยาว่า “เขามักมีอาการฉุนเฉียว ด่าทอ ขว้างปาข้าวของ กลางคืนไม่นอน... ถ้าทำผิดจะด่า” (CG3) พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้บรรยากาศในบ้านตึงเครียด และผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังทั้งสุขภาพกายและใจของตนเองและผู้ป่วยตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนยังรู้สึกว่าการขาดการสนับสนุนจากญาติหรือคนใกล้ชิด ญาติพี่น้องบางคนอาจไม่ได้เข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระเลยปล่อยให้ผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบตามลำพัง ดังคำบอกเล่าทั้งน้ำตาว่า: “ไม่มีใครช่วย...ไม่มีญาติช่วยแบ่งเบาภาระ” (CG3) ภาวะที่ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวเช่นนี้ยิ่งเพิ่มความเครียดและภาระใจให้หนักขึ้น

6. ปัญหาการเข้าถึงบริการการแพทย์ ผู้ดูแลบางคนประสบปัญหาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เช่น ไม่มีคนช่วยพาผู้ป่วย ทำให้ต้องหิ้วผู้ป่วยไว้บ้านหรือพาไปคนเดียวลำบาก หรือเมื่อต้องไปโรงพยาบาลก็ต้องรอคิวนานจนผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์ว่า: “ไปหาหมอใช้เวลาครึ่งวัน และผู้สูงอายุนั่งนานจนปวดหลัง” (CG4) นั่นคือในวันที่พาผู้ป่วยไปรอตรวจ ผู้ป่วยต้องนั่งรอนานมากจนเกิดอาการปวดเมื่อยจากการนั่งเก้าอี้นาน ๆ และผู้ดูแลอีกรายหนึ่งระบุถึงอุปสรรคอีกด้านว่า “ไม่มีคนพาไปหาหมอ... ต้องเลี้ยงหลาน และไม่มีญาติช่วย” (CG2) กรณีนี้ผู้ดูแลติดภาระต้องดูแลหลานเล็กด้วย จึงไม่สามารถออกจากบ้านพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้ และไม่มีญาติคนอื่นมาช่วยเหลือ สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บางครั้งผู้ป่วยอาจพลาดการนัดตรวจหรือไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง อุปสรรคเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาภาพรวม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องแบกรับปัญหาและภาระหลายด้านไปพร้อม ๆ กัน ทั้งภาระทางกาย ใจ เวลา เศรษฐกิจ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ หากขาดการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดสะสมและเหนื่อยล้าจนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเอง

ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล

นอกจากปัญหาที่ผู้ดูแลเผชิญแล้ว งานวิจัยนี้ยังได้สอบถามผู้ดูแลถึงความต้องการหรือสิ่งสนับสนุนที่อยากได้รับเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ดีขึ้น จากการวิเคราะห์คำสัมภาษณ์พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลครอบคลุมหลายมิติ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ดูแลหลายคนระบุว่า การได้รับความร่วมมือช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เป็นสิ่งสำคัญมากในการแบ่งเบาภาระ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลบางคนต้องการให้ลูกหลานคนอื่น ๆ ของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบ้าง ไม่ให้ภาระตกอยู่กับตนคนเดียวเสมอไป ผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวอย่างตรงไปตรงมาว่า: “อยากให้ลูกคนอื่นมาให้เห็นบ้าง” (CG3) ซึ่งสะท้อนความต้องการให้พี่น้องคนอื่น ๆ มาเยี่ยมและช่วยดูแลแม่ของตนบ้างเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของตนและครอบครัวอยู่แล้ว และไม่ต้องการให้คนนอกครอบครัวมาช่วย เช่นเดียวกับผู้ดูแลอีกรายหนึ่งกล่าวอย่างภาคภูมิใจว่า “ไม่ต้องการผู้ดูแลอื่นมาช่วย...เพราะพี่น้องทุกคนช่วยเหลืออยู่แล้ว” (CG1) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวนี้มีการแบ่งหน้าที่ช่วยกันดูแลอยู่แล้วและผู้ดูแลหลักไม่ยากโยนภาระให้คนอื่นเพิ่มเติม ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลไม่ต้องการความช่วยเหลือเลย แต่หมายถึงผู้ดูแลบางคนต้องการพึ่งพาเครือญาติมากกว่าที่จะให้คนนอกครอบครัวเข้ามาดูแลแทน

2. ความต้องการการสนับสนุนจากบริการสุขภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะบริการที่เข้าถึงได้ง่ายในชุมชน ผู้ดูแลหลายคนต้องการให้มี บริการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากการพาผู้ป่วยออกนอกบ้านเป็นเรื่องยาก ตัวอย่างความเห็นจากผู้ดูแล: “อยากให้ไปเยี่ยมบ้าน จัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน” (CG2) และ “อยากให้มาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ” (CG13) สะท้อนความหวังที่จะได้รับบริการเชิงรุกถึงบ้าน นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเรียกร้องหลายคนรู้สึก ว่าหากตนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น จะช่วยให้รับมือได้ดีขึ้น เช่น ผู้ดูแลหมายเลข CG3 ระบุว่า: “อยากให้รู้พฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้รับได้และปรับตัวได้” (CG3) ซึ่งหมายถึงต้องการการอบรมหรือคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเตรียมพร้อมและปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม อีกประเด็นหนึ่งที่ผู้ดูแลหลายคนกล่าวถึงคือ การปรับปรุงระบบการเดินทางและบริการใกล้บ้าน ผู้ดูแลต้องการให้มีบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้านเพื่อลดภาระการเดินทาง หนึ่งในคำแนะนำที่ชัดเจนคือ “อยากให้มียุโรปรับส่งมาพบแพทย์” (CG4) เนื่องจากการเดินทางไปโรงพยาบาลที่ไกลและการต้องนั่งรอนานเป็นภาระใหญ่สำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล หากมีบริการด้านการเดินทางหรือคลินิกเคลื่อนที่ที่จะช่วยบรรเทาปัญหานี้ได้

3. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลตระหนักดีว่าสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หลายคนที่มีปัญหาสุขภาพของตนเองต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเพื่อให้ตนยังคงทำหน้าที่ดูแลต่อไปได้ ในกลุ่มผู้ดูแลที่สุขภาพยังแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงส่วนใหญ่กล่าวว่าไม่ต้องการความช่วยเหลืออะไรเป็นพิเศษในด้านสุขภาพของตน เพราะยังดูแลตัวเองได้ดี แต่ในกลุ่มผู้ดูแลที่เริ่มมีสุขภาพหรือรู้สึกเหนื่อยล้ามาก มีความต้องการหลัก 2 ประการคือ 1) ให้ญาติพี่น้องช่วยแบ่งเบาภาระ หรือต้องการคำปรึกษาทางการแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตัวอย่างผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุรายหนึ่งมีอาการเหนื่อยล้ามาก ได้กล่าวอย่างหมดกำลังใจว่า “เหนื่อย...อยากเลิกดูแลและวางแผนขายบ้านเพื่อนำผู้ป่วยไปอยู่สถานสงเคราะห์” (CG3) คำพูดนี้สะท้อนภาวะหมดไฟ (burnout) ของผู้ดูแลรายนี้ที่รู้สึกว่าการดูแลตนเองไม่อาจแบกรับภาระต่อไปไหว และเริ่มคิดที่จะยุติบทบาทด้วยการหาที่อยู่ใหม่

ให้ผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ ซึ่งถือเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่อยากจะเลือก เว้นแต่ว่าจะถึงจุดวิกฤตจริง ๆ และ 2) ต้องการ เวลาในการผ่อนคลายและพักผ่อน จากหน้าที่บ้าง ผู้ดูแลบางคนเสนอว่าหากมีบริการหรือกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก เช่น การจัดให้ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมดูแลช่วงสั้น (day care หรือ respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพักเป็นครั้งคราว ก็จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพกายใจของผู้ดูแลอย่างมาก

4. ความต้องการด้านการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ: ดังที่กล่าวในส่วนปัญหาว่าผู้ดูแลหลายคนประสบปัญหาทางการเงิน ความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจึงถูกกล่าวถึงโดยผู้ดูแลหลายราย ความช่วยเหลือที่ต้องการรวมถึงเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายประจำเดือน เงินช่วยเดินทางไปโรงพยาบาล หรืออุปกรณ์จำเป็นในการดูแล ผู้ดูแลหมายเลข CG2 ที่เคยระบุว่า “เงินไม่พอใช้” ได้ย้ำความต้องการว่า: “อยากได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม” (CG2) ซึ่งชี้ว่าครอบครัวของเธอต้องการสวัสดิการหรือเงินสนับสนุนจากรัฐ/หน่วยงานเพื่อแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

5. ความต้องการด้านการจัดการทั่วไปและการประสานงาน ผู้ดูแลต้องการให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว และเจ้าหน้าที่หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความซับซ้อนในการดูแล ตัวอย่างหนึ่งคือ ผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่าตนไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟังคำแนะนำหรือปฏิบัติตามสิ่งที่ควรทำได้ จึงต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยในบางเรื่อง ผู้ดูแลรายหนึ่งเสนอความคิดว่า “อยากให้เจ้าหน้าที่อธิบายให้พอฟังว่าอะไรทำได้และทำไม่ได้ เพราะตัวเองบอกแล้วพอไม่เชื่อ” (CG1) กรณีนี้ผู้ดูแลอยากให้แพทย์หรือพยาบาลช่วยพูดกับผู้ป่วย (บิดาของเธอ) ถึงข้อห้ามหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่เชื่อฟังคำของลูกตนเอง แต่หากเป็นคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยอาจยอมรับมากกว่า

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครอบคลุมทั้งมิติครอบครัว บริการสุขภาพ สุขภาพของผู้ดูแลเอง เศรษฐกิจ และการจัดการ/ประสานงาน การสนับสนุนที่ตอบโจทย์ความต้องการเหล่านี้จะช่วยลดภาระและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงช่วยให้พวกเขาสามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนสถานการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในบริบทของชุมชนเมืองจังหวัดสระบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคนถึงสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในหลายประเทศที่แสดงภาระการดูแลอยู่ในความรับผิดชอบของผู้หญิง ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของบุตรสาว ภรรยา หรือสะใภ้ของผู้ป่วย เนื่องจากบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้หญิงทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวมากกว่าผู้ชาย อีกทั้งการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย เช่น ลูกแท้ ๆ สะท้อนค่านิยมแบบไทยที่ลูกหลานมีหน้าที่ดูแลบุพการีตามความกตัญญู สอดคล้องกับสถิติสหรัฐอเมริการะบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณสองในสามเป็นผู้หญิงและผู้ดูแลจำนวนหนึ่งเป็นบุตรสาว (Alzheimer’s Association, 2023)

ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย ($M = 0.78$, $SD = 0.71$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ปวีริชา ศรีฉนวน และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในสังคมไทยยังรับมือกับสถานการณ์การดูแลได้ โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นเกราะป้องกันความเครียดของผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีเครือข่ายช่วยเหลือมีรายงานว่าตนไม่ค่อยรู้สึกเป็นภาระ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลรายหนึ่ง (CG1) ที่ให้คะแนนภาระการดูแลต่ำกล่าวว่า “พี่น้องช่วยกันดูแลอยู่แล้ว ไม่รู้สึกเครียดหรือว่าเป็นภาระ และไม่ต้องการให้คนอื่นมาดูแล รู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลแม่” เช่นเดียวกับข้อค้นพบของ ภาวดี เหมทานนท์

และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2562) ที่ค้นพบว่าผู้ดูแลที่มีมุมมองเชิงบวกหรือได้รับการช่วยเหลือจะรับรู้ภาระลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ต้องดูแลตามลำพัง

แต่อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยนี้ยังค้นพบในอีกมุมหนึ่งคือ ผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่าตนเองมีภาระการดูแลบางข้ออยู่ในระดับสูง (ให้คะแนนเต็ม 4 คะแนน) เช่น ด้านความเครียด “รู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณ” (ข้อที่ 5) และ “รู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณ” (ข้อ 6) ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเป็นความเครียดสะสมจนถึงกับเกิดความคิดอยากยุติการดูแล ดังกรณีผู้ดูแลรายหนึ่ง (CG3) คิดที่จะส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์เพราะตนเหนื่อยล้ามากเนื่องจากไม่มีใครช่วยแบ่งเบาภาระ รู้สึกโดดเดี่ยว และเครียดมากติดต่อกันมานานหลายปี สอดคล้องกับผลงานวิจัยในผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนใด ๆ ระดับภาระการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 ปี (Connors et al., 2020) ดังนั้นการให้บริการช่วยเหลือหรือช่วงเวลาผ่อนคลายแก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้อาการสะสมจนเกินขีดความสามารถของผู้ดูแล

นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบที่น่าสนใจจากงานวิจัยนี้ในประเด็นด้านการดูแลเอาใจใส่ ที่ผู้ดูแลให้คะแนนในระดับสูงสุดเช่นกันคือ ข้อ 12 “คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้สึกอยากพัฒนาคุณภาพการดูแลของตนเองให้ดียิ่งขึ้น แม้ว่าจะท้อแท้และมีความตั้งใจในการดูแลอยู่แล้วก็ตาม ความรู้สึกดังกล่าวอาจเป็นทั้ง แรงจูงใจเชิงบวกในการดูแล และในขณะเดียวกันก็สะท้อนถึง ความไม่มั่นใจหรือการรับรู้ว่ายังขาดความรู้ ทักษะ หรือแนวทางที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค งานวิจัยของ Anantapong et al. (2025) สนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าว โดยพบว่าความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมยังอยู่ในระดับปานกลางและมีช่องว่างในประเด็นสำคัญ เช่น การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย และพบว่า การดำเนินแนวปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลยังขาดความสม่ำเสมอ สะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเสริมสร้างประสบการณ์การดูแลที่ดี ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมที่ผู้ดูแลแบกรับบทบาทหลักไว้กับตนเอง ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจึงควรมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการอบรมการให้คำปรึกษา และการติดตามสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย การดูแลด้านอารมณ์ การสื่อสาร และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทั้งนี้จะช่วยเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ลดความรู้สึกผิดหรือไม่เพียงพอ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว

ในส่วนความต้องการของผู้ดูแล ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ดูแลรายงานความต้องการของตนเองครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ ครอบครัว บริการสุขภาพ สุขภาพของผู้ดูแล เศรษฐกิจ และการจัดการประสานงาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ภูษณิศา ยังอยู่ และคณะ (2560) คือ ผู้ดูแลต้องการสนับสนุนความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือมีผู้ช่วยดูแลเพิ่มเติม เพื่อแบ่งเบาภาระในบ้าน เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันข้อมูล เพื่อช่วยลดความเครียดและความโดดเดี่ยวทางสังคม ช่องทางพิเศษเฉพาะดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และหน่วยบริการเคลื่อนที่หรือการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทาง รวมทั้งต้องการข้อมูลหรือการจัดอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีความต้องการการสนับสนุนหลายด้านทั้งการสนับสนุนทางใจและเวลาพักผ่อน การช่วยเหลือทางกายภาพ เช่น คนช่วยดูแลหรือบริการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งสะท้อนความต้องการด้านปัจจัยสนับสนุนเชิงปฏิบัติ (instrumental support) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่รู้สึกว่าตนเอง “ไม่มีใครช่วย” หรือ “ไม่มีใครเห็นใจ” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความทุกข์ใจ

และประสบการณ์การดูแลในเชิงลบสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Campione and Zebrak (2020) ที่รายงานว่า ผู้ดูแลซึ่งไม่ได้เข้าถึงการบริการให้ความรู้ พักผ่อนน้อย และรู้สึกว่าการดูแลไม่ได้รับการเห็นคุณค่าจากผู้ป่วย มีแนวโน้มที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามต้องการ (unmet need) สูงกว่า และมีความไม่พึงพอใจและทุกใจจากบทบาทการดูแลมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความตั้งใจและทุ่มเทให้การดูแล แต่หากขาดการสนับสนุนที่เพียงพอทั้งในเชิงรูปธรรมและเชิงอารมณ์ จะนำไปสู่ประสบการณ์การดูแลที่ตึงเครียด ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น บริการพักผ่อนหรือการช่วยเหลือในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ เช่น การรับฟัง การยอมรับ และการให้คุณค่าเพื่อตอบสนองให้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแล

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของการศึกษานี้ โดยเฉพาะอุปสรรคในการเข้ารับบริการ เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทางและการรอรับบริการเป็นเวลานาน สอดคล้องกับรายงานของภูษิตา ยังอยู่ และคณะ (2560) ที่ผู้ดูแลมีอุปสรรคสำคัญเกี่ยวกับโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อม ระบบการบริการ และความยากลำบากในการเดินทาง ในบริบทของพื้นที่การศึกษาครั้งนี้ แม้จะเป็นพื้นที่ในเขตเมืองแต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอุปสรรคของการเข้ารับบริการจากการเดินทางไกลและระยะเวลาการรอคอยเพื่อเข้ารับบริการ ดังนั้นการพัฒนาบริการเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชนจะช่วยลดภาระด้านเวลาและการเดินทางได้ ทั้งนี้งานวิจัยต่างประเทศของ Connors et al. (2020) สนับสนุนว่า ในการดูแลระยะยาว (long term care) ภาระของผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับการบริการช่วยเหลือที่บ้าน (home care) ในขณะที่ผู้ดูแลที่ได้รับการบริการที่บ้านหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริการ (residential care) ภาระการดูแลไม่เปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่า แม้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยรวมรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยจากแรงหนุนของครอบครัวและค่านิยมการดูแลบุพการี แต่ยังมีผู้ดูแลบางรายเผชิญภาระสูงเฉพาะด้าน เช่น ความเหนื่อยล้า ความเครียด สุขภาพถดถอย และการขาดเวลาส่วนตัว โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดูแลลำพัง จนเสี่ยงภาวะสะสมเกินขีดความสามารถ ภาพดังกล่าวสอดคล้องกับการที่ผู้ดูแลรายงานความต้องการสนับสนุนหลายมิติ โดยเด่นที่การช่วยเหลือเชิงรูปธรรม ได้แก่ คนช่วยดูแล เวลาพักผ่อน บริการเยี่ยมบ้าน/บริการเฉพาะทาง และการอบรม ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการพฤติกรรม การสื่อสาร และการดูแลอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความมั่นใจและลดความรู้สึกว่า “ทำได้ไม่ดีพอ” อย่างไรก็ตามความต้องการเหล่านี้ถูกซ้ำเติมด้วยอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทางไม่สะดวก การรอคิวนาน และระบบบริการที่ไม่เอื้อในบางพื้นที่ ทำให้ผู้ดูแลเสียทรัพยากรและเพิ่มความตึงเครียด ดังนั้นการพัฒนาบริการเชิงรุกและต่อเนื่องที่ผสมผสานการช่วยเหลือจริงในชีวิตประจำวันกับการสนับสนุนทางใจและการประสานงานจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระและยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ภาครัฐและหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ควรมีมาตรการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว การจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวผู้ดูแล เป็นต้น เพื่อกระจายภาระไม่ให้ตกอยู่ที่ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว การสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. พัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาขยายบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบเชิงรุกถึงชุมชน เช่น จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะ (memory clinic mobile team) ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์) เพื่อออกเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาการดูแล และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน นอกจากนี้ ควรจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกสมองเสื่อมกระจายตามโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้ใกล้บ้าน ลดความจำเป็นต้องเดินทางไกลมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่

3. จัดบริการผ่อนพักและสนับสนุนการดูแลระยะสั้น ควรพัฒนาบริการ “การผ่อนพักผู้ดูแล” (respite care) เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวกลางวัน (day care center) สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือบริการจัดส่งผู้ดูแลอาสาช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นครั้งคราว เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีโอกาสได้พักผ่อนหรือทำธุระส่วนตัว ลดความเหนื่อยล้าสะสมและป้องกันภาวะหมดไฟในผู้ดูแล บริการนี้ควรมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ (อาจได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากรัฐหรือองค์กรการกุศล)

4. สนับสนุนด้านการเงินและสวัสดิการแก่ผู้ดูแล ภาครัฐควรพิจารณาจัดสรรสวัสดิการหรือเงินช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น เบี้ยผู้ดูแลรายเดือน หรือกองทุนสนับสนุนค่าเดินทางพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้อาจพิจารณามาตรการจูงใจนายจ้างให้บุคคลที่ทำงานนอกบ้านสามารถปรับเวลาทำงาน (flexible hours) หรือทำงานจากบ้านบางวันได้ เพื่อดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต (work-life balance) สำหรับสังคมผู้สูงอายุ

5. จัดอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรมีโครงการฝึกอบรมผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เนื้อหาอบรมควรครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ยากลำบากของผู้ป่วย การดูแลเรื่องอาหาร โภชนาการ การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน การใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลเอง การอบรมนี้จะช่วยเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ลดความวิตกกังวลและความไม่แน่ใจในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาระทางใจของผู้ดูแลอีกทางหนึ่ง

6. สร้างกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อการแบ่งปันประสบการณ์ แนะนำให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้ง “ชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม” หรือกลุ่มสนับสนุน (support group) สำหรับผู้ดูแลในชุมชนเดียวกัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กลุ่มดังกล่าวสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เช่น จัดประชุมทุกเดือน เชิญวิทยากรให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมคลายเครียด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาตามลำพัง มีเครือข่ายสังคมที่เข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ

7. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอให้มีการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบองค์รวม ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลอาจจัดให้มีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมแพทย์กับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อติดตามความก้าวหน้าการรักษา ให้คำปรึกษา และแนะนำช่องทางความช่วยเหลือต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล ขณะเดียวกัน องค์กรท้องถิ่นอาจช่วยสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสม.) หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) เข้าช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การประสานหลายฝ่ายเช่นนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมทุกด้านมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำเสนอข้างต้น เช่น ประเมินผลของการเยี่ยมบ้านหรือศูนย์พ่อนักผู้ดูแลต่อระดับภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตลอดจนศึกษาปัจจัยเชิงลึกอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อภาระของผู้ดูแลในบริบทสังคมไทย เช่น บทบาทของความรู้ทางศาสนา ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือบทบาทของเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแล เพื่อหาแนวทางใหม่ ๆ ในการช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

โดยสรุป การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควรกระทำในลักษณะองค์รวม ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ การบรรเทาภาระทางกายและเศรษฐกิจ ตลอดจนการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงง่ายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่มองเห็นคุณค่าของผู้ดูแลในฐานะฟันเฟืองหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุ จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยที่ได้เข้าร่วมวิจัย และโรงพยาบาลสระบุรีที่ได้อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2568ก). *ตารางแสดง อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และความชุกของภาวะสมองเสื่อม (F00.xx หรือ G30.xx, F01.xx-F03.xx, G31.1) ปี พ.ศ. 2567.* ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.
<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/hqu2chfi6d2oyqbm4vudk>

กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2568ข). *ตารางแสดง อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และความชุกของภาวะสมองเสื่อม (F00.xx หรือ G30.xx, F01.xx-F03.xx, G31.1) ปี พ.ศ. 2568.* ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.
<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/hqu2chfi6d2oyqbm4vudk>

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่. (2566). *สรุปรายงานการเจ็บป่วย ปี 2565.* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่. (2567). *สรุปรายงานการเจ็บป่วย ปี 2566.* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/08/ill_2024_full_18082568.pdf

ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 23(4), 680-689.

- ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้ม การดูแลทางการแพทย์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(1), 47-58.
- ดุษฎีพร อดิสรกิจ, ปิติพร สิริทิพากร, และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2563). ผลของโปรแกรมการอบรม ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 63-72.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, และภูษิต ประคองสาย. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรมกิจการ ผู้สูงอายุ. https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf
- ปวีศา ศรีฉนวน, อรรณพ หนูแก้ว, และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2666). ปัจจัยทำนายของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ. ใน มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, *การพัฒนา งานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อชุมชนที่ยั่งยืน รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการและนำเสนอ ผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 10 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 8* (น. 319-331). มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. https://idcneu.com/neunic2023/file_article/hs/neunic2023-hs-03.pdf
- ภาวดี เหมทานนท์, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2562). ปัจจัยที่ทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมที่บ้าน. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 6(9), 4409-4424.
- ภูษิตา ยังอยู่, สุภัทรา จันทร์คำ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิติพร สิริทิพากร, ดุษฎีพร อดิสรกิจ, นภาพร เฟื่องสอน, และสุทิศา ปิติญาณ. (2560). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 16(2-3), 57-69.
- รัชณี หาญสมสกุล, และวัฒนา ชยธวัช. (2567). การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและ โรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(4), 74-85.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กองสถิติสังคม, กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม. (2568). *การสำรวจประชากร ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- อรรณพ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, และรสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมิน ภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 12-24.
- Anantapong, K., Wongpakaran, N., Setthawatcharawanich, S., Aphisitphinyo, S., Sirimaharaj, N., Rattanabannakit, C., Paholpak, P., Jiraphan, A., Wiwattanaworaset, P., Aunjitsakul, W., Buathong, N., Paholpak, P., Supanimitamorn, K., Thana-udom, K., Pariwatcharakul, P., Wongpakaran, T., & Wang, H. (2025). Family carers' knowledge and practices in dementia care for hospitalised older adults: A multi-centre cross-sectional study in Thailand. *Frontiers in Medicine*, 12, 1710146. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1710146>
- Alzheimer's Association. (2023, December, 18). *2023 Alzheimer's disease facts and figures report: At a glance statistics*. <https://www.alz.org/getmedia/d6a072cf-ee7b-4b10-a4c6-068f4afc54db/facts-and-figures-2023-at-a-glance-stats-fact-sheet.pdf>

- Campione, J. R., & Zebrak, K. A. (2020). Predictors of unmet need among informal caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(10), 2181–2192. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz165>
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(2), 250-258. <https://doi.org/10.1002/gps.5244>
- Mongklam, P., Kraithaworn, P., & Piyatrakul, S. (2025). Exploring dementia care for community-dwelling older adults in Thailand: A qualitative descriptive study. *Belitung Nursing Journal*, 11(4), 459–467. <https://doi.org/10.33546/bnj.3835>
- Shin, J. H., & Kim, J. H. (2022). Family caregivers of people with dementia associate with poor health-related quality of life: A nationwide population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16252. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316252>
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- Wangpitipanit, S., Kittipimpanon, K., & Chankollawee, N. (2025). Perceived Problems and Needs of the Family Caregivers Who Caregiving of Dependent Older Persons in an Urban Community: A Qualitative Descriptive Study. *Clinical interventions in aging*, 20, 2457–2466. <https://doi.org/10.2147/CIA.S454136>
- World Health Organization. (2020, June 25). *Dementia: Information for caregivers*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/dementia-information-for-caregivers>
- World Health Organization. (2026, July 3). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>