

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุน
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว**

ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ¹ พิสมัย ศรีทำนา²

(วันที่รับบทความ: 2 ตุลาคม 2566; วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 22 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นวิจัยแบบ Quasi Experimental สองกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อยหนึ่งอาการและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 172 คู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 86 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว ภายใต้การกำกับดูแลของ Care Manage และ Care Giver ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติตามแผน Long term care

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังทดลองโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลองฯ ภาระการดูแลลดลงจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอมีความเหมาะสม ส่งผลเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือมีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, การดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ, ผู้ดูแลหลัก, ผู้สูงอายุ

¹⁻²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม

Corresponding author: ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ, e-mail: ruangrith07@gmail.com

Effectiveness of the Program to Provide Adequate Care for the Elderly with Dementia to Helping and Supporting Caregivers in the Family

Rittirong Reaungrit¹ Pisamai Sritumna²

(Received 2nd October 2023; Revised : 12th December 2023; Accepted 22nd December 2023)

Abstract

This research aims to determine the effectiveness of the program for providing adequate care for the elderly with dementia for helping and supporting the primary caregiver in the family in Maha Sarakham Province, this was a Quasi Experimental research with two repeated measures groups. Measurements were taken before and after the experiment for 3 months. The sample group was the elderly, who are cognitively impaired and have dementia, have at least one behavioral disorder related to dementia, and caregivers of elderly living in the same family in Maha Sarakham Province, there were 172 couples, there were an experimental group and a control group, 86 couples in each group. The experimental group received an adequate care program for the elderly with dementia in helping and supporting the caregiver in the family under the supervision of Care Manager and Care Giver for a period of 12 weeks, the control group received normal care according to the Long term care plan.

The results found that Elderly people in the experimental group after testing a program the ability to carry out daily activities improved and when comparing the differences in the average scores for ability to carry out daily living activities. Between the experimental group and the control group after the experiment, it was found that there were statistically significant. The burden of care for the caregiver in the experimental group, it was found that after the experiment, the burden of care decreased from before the experiment statistically significant, and when comparing the difference in mean care burden scores between the experimental and control groups after the experiment, it was found that there was a statistically significant.

Adequate care programs for elderly people with dementia are appropriate on the care of elderly people with cognitive impairments or dementia and their family caregivers.

Keyword: Effectiveness, dementia care, caregivers, elderly

^{1,2}Public Health Technical Officer (Professional Level) Mahasarakam provincial public health office
Corresponding author: Rittirong Reaungrit, e-mail: ruangrith07@gmail.com

1. บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ดังพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.5⁽¹⁾ แนวโน้มภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จังหวัดมหาสารคามประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากข้อมูลอัตราผู้สูงอายุ ดังนี้ ปี 2563 ร้อยละ 15.22 ปี 2564 ร้อยละ 17.98 ปี 2565 ร้อยละ 18.74 ปี 2566 และร้อยละ 20.61 ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC มหาสารคาม, มกราคม 2566) จากการนำข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (2557) มาเป็นข้อมูลในการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คน และในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1,350,000 คน และพบว่าปัญหาด้านการวินิจฉัยยังเป็นปัญหาเกือบทุกประเทศเนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิตแพทย์ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากปกติผู้สูงอายุก็มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนมากอยู่แล้ว โดยจะต้องได้รับการดูแลที่ต่างจาก ผู้ป่วยอื่นๆ แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อมด้วย ก็ยังต้องการความดูแลมากขึ้น⁽²⁾ ภายใต้สถานการณ์ “สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ” การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมในอนาคต อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด เนื่องจากการพร่องความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองและพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกันชะลอภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้นและเป็นภาระในการดูแลของคนในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น^(3,4)

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว⁽⁵⁾ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว จังหวัดมหาสารคาม เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7: โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (The Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health (PRISM) In Health Region no

7: Sufficient Care for Dementia) เพื่อให้การดูแลตามโปรแกรมการดำเนิน การแทรกแซงที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการออกกำลังกายและส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Long Term Care

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว

3. วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) - ประกอบไปด้วย

3.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อมและมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและอาการทางด้านจิตที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (BPSD) อย่างน้อยหนึ่งอาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ

3.2 กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อมและมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและอาการทางด้านจิตที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (BPSD) อย่างน้อยหนึ่งอาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ครอบครัว

เดียวกันกับผู้สูงอายุที่เข้าตามเกณฑ์และสามารถศึกษาได้

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size = 0.5 error prob = 0.05 Power (1- err prob) = 0.90 ได้ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม เท่ากับ 86 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่ายตามพื้นที่อำเภอ โดยเลือกพื้นที่กลุ่มทดลอง จำนวน 7 อำเภอ และพื้นที่กลุ่มควบคุม จำนวน 6 อำเภอ จากนั้นสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ให้ได้จำนวน 86 คู่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมสองกลุ่มเป็น 172 คู่

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดโครงการ
3. ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการการดูแลระยะยาวที่เข้าร่วมการศึกษาหรือจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4. มีอาการที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยแบบสอบถาม Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) จำนวน 16 ข้อ
5. ผลการประเมินภาวะบกพร่องทางการรับรู้หรือมีประวัติได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
6. มีผู้ดูแลในครอบครัว (อายุ 18 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือใช้เวลาอย่างน้อย 4 ชั่วโมงทุกวันกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ซึ่งตกลง

ที่จะเข้าร่วมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินการตาม Care plan

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ดูแลในครอบครัว ไม่ได้ให้ความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมของผู้ป่วยในการดำเนินการแทรกแซงตามการศึกษา
3. ผู้สูงอายุมีประวัติโรคหัวใจ
4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูงของค่า SBP และค่า DBP เกินค่าที่กำหนด ได้แก่ 180/109 mmHg ขึ้นไป

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย,

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล: เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างเพียงพอ^(5,6) ภายใต้การกำกับดูแลของ Care Manager และ Care Giver ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 12 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาวปกติ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการคัดกรอง การประเมินผลการคัดกรอง แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) ในผู้สูงอายุ: เป็นแบบสอบถามที่สั้น ได้จากการรายงานของ

ผู้ดูแลที่ประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ในผู้สูงอายุ (ตามที่ญาติที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสังเกตเห็น) กรณีผลบวกคือมีคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.47 หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อมชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

1. เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Activity of daily livings: ADLs) โดยใช้เครื่องมือประเมิน Modified Barthel index มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน มีจุดตัดคะแนนการพึ่งพิงระยะยาว คือคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน^(7,8) ดำเนินการทดสอบเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.84⁽⁹⁾

2. แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Index :ZBI) เป็นการประเมินจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ซึ่งแบ่งความรู้สึกออกเป็น 5 ระดับให้เลือกตอบ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือ เกือบจะเป็นประจำ จุดตัดคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ⁽¹⁰⁾ เครื่องมือได้รับการแปลและถูกทดสอบในประเทศไทย⁽¹¹⁾

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ช่วงก่อนเริ่มดำเนินการ ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุและภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

2. จากนั้นทดลองใช้โปรแกรมการดูแล

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมบ้าน โดย CM ร่วมกับ แพทย์ หรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพและ CG : ดูแล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ให้ความรู้เรื่องโรค สมองเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2-4 เยี่ยมบ้านโดย CG ทำ กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย จัดการ พฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว และทำกิจกรรม สร้างสุข

สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมบ้านโดย CM : สร้าง เครื่องช่วยการดูแลและดูแลสิทธิและสวัสดิการ ทางสังคม

สัปดาห์ที่ 5-8 เยี่ยมบ้านโดย CG ทำ กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย จัดการ พฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ทำกิจกรรม สร้างสุข ดูแลภาวะโภชนาการ ดูแลสิ่งแวดล้อม และเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและศาสนา

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านโดย CM : สร้าง เครื่องช่วยการดูแลและดูแลสิทธิและสวัสดิการ ทางสังคม

สัปดาห์ที่ 9-12 เยี่ยมบ้านโดย CG ทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย จัดการ พฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว และทำกิจกรรม สร้างสุข

สัปดาห์ที่ 12 เยี่ยมบ้านโดย CM : สร้าง เครื่องช่วยการดูแลและดูแลสิทธิและสวัสดิการ ทางสังคม

3. ประเมินผลของโปรแกรมการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว หลังการ ดำเนินการครบ 12 สัปดาห์

5. สรุปข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล

6. บันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ผลการทดลอง

7. ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึง พฤษภาคม 2566

5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ คะแนนการดูแลของผู้ดูแลหลัก ก่อนและ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและคะแนนการดูแลของผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-5-2022 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2565

7. ผลการวิจัย (Result)

ลักษณะทั่วไปของประชากร

ผู้สูงอายุ: กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 75 ปี (Sd.= 6.93) อายุต่ำสุด 65 ปี สูงสุด 88 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 54.70 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หมาย ร้อยละ 57 ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 82.6 หยุดทำงานแล้วและอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 33.7 อาศัยอยู่ร่วมกับ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 88.4 เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้วร้อยละ 88.40 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 88.45 ส่วนมากป่วยเป็นโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.10 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 75.5 ปี (Sd.= 6.95) อายุต่ำสุด 64 ปี สูงสุด 88 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60.5 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส หมาย ร้อยละ 57 ระดับการศึกษาประถม ศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 82.6 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 37.2 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลัก ในครอบครัว ร้อยละ 87.2 เคยสูบบุหรี่แต่ เลิกแล้ว ร้อยละ 87.2 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 87.2 ส่วนมากป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง				
- ชาย	28	32.6	28	32.6
- หญิง	58	67.4	58	67.4
กลุ่มอายุ				
- กลุ่มอายุ 60-69 ปี	14	16.3	16	18.6
- กลุ่มอายุ 70-79 ปี	47	54.7	52	60.5
- มากกว่า 79 ปี	25	29.1	18	20.9
อายุเฉลี่ย (sd) min, max	75.9(6.93)	65,88	75.5(6.95)	64,88
ศาสนา				
- พุทธ	86	100	86	100
สถานภาพสมรส				
- โสด	8	9.3	7	8.1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- สมรส	29	33.7	30	34.9
- หม้าย	49	57	49	57.0
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	71	82.6	71	82.6
- มัธยมศึกษา	12	14	12	14.0
- ปริญญาตรี ขึ้นไป	2	2.3	3	3.5
- อื่นๆ (ปวช.)	1	1.2	0	0
อาชีพในอดีต				
- หยุดทำงานแล้ว	29	33.7	27	31.4
- เกษตรกรรม	29	33.7	32	37.2
- รับจ้าง	28	32.6	27	31.4
บทบาทสถานะในครอบครัว				
- หัวหน้าครอบครัว	4	4.7	5	5.8
- สมาชิกในครอบครัว	76	88.4	76	88.4
- ผู้อาศัย	6	7	5	5.8
อาศัยรวมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว				
- ไม่มีผู้ดูแล อาศัยอยู่คนเดียว	4	4.7	5	5.8
- มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว	76	88.4	75	87.2
- มีผู้ดูแลแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมด้วย ในครอบครัว	6	7	6	7.0
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ				
- ไม่มีผู้ดูแล	4	4.7	5	5.8
- คู่สมรส	76	88.4	75	87.2
- บุตร	6	7	6	7.0

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่				
- ไม่เคยสูบ	4	4.7	4	4.7
- เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	76	88.4	75	87.2
- ยังสูบบุหรี่อยู่	6	7	7	8.1
ประวัติการดื่มสุรา				
- ไม่เคยสูบ	4	4.7	4	4.7
- เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	76	88.4	75	87.2
- ยังสูบบุหรี่อยู่	6	7	7	8.1
โรคประจำตัว				
- ความดัน	25	29.1	26	30.2
- เบาหวาน	25	29.1	25	29.1
- โรคหัวใจ	24	27.9	24	27.9
- ข้อเสื่อม	12	14	11	12.8

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว : กลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (Sd.= 5.03) อายุต่ำสุด 34 ปี สูงสุด 53 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 59.3 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 82.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว ร้อยละ 80.8 อาศัยอยู่ร่วมกับบ้านเดียวกัน ร้อยละ 98.21 ระยะเวลาที่ดูแลกว่า 8 ปี มีคนมาช่วยดูแล 2 คน ร้อยละ 65.3 รองลงมา มีคนช่วยดูแลมากกว่า 2 คน ร้อยละ

24.10 มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.45 รองลงมาเบาหวาน 13.50

กลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.4 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (Sd.= 7.03) อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 54 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60.1 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 81.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว ร้อยละ 81.0 อาศัยอยู่ร่วมกับบ้านเดียวกัน ร้อยละ 97.85 ระยะเวลาที่ดูแลกว่า 8 ปี มีคนมาช่วยดูแล

2 คน ร้อยละ 64.6 รองลงมา มีคนช่วยดูแล โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.45 รองลงมา มากกว่า 2 คน ร้อยละ 25.21 มีโรคประจำตัว เบาหวาน ร้อยละ 10.80 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง				
- ชาย	28	32.6	34	39.5
- หญิง	58	67.4	52	60.5
อายุ				
- 30-39 ปี	24	27.9	17	19.8
- 40-49 ปี	51	59.3	52	60.5
- 50-59 ปี	11	12.8	17	19.8
อายุเฉลี่ย (sd) min, max	43.2 (5.03)		34,53	
ศาสนา				
- พุทธ	86	100	86	100
สถานภาพสมรส				
- โสด	8	9.3	7	8.1
- สมรส	29	33.7	34	39.5
- หม้าย	49	57	45	52.3
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	71	82.6	74	86.0
- มัธยมศึกษา	12	14	10	11.6
- ปริญญาตรี ขึ้นไป	2	2.3	2	2.3
- อื่นๆ (ปวช.)	1	1.2	0	0
อาชีพ				
- หยุดทำงานแล้ว	29	33.7	28	32.6
- เกษตรกรรม	29	33.7	32	37.2
- รับจ้าง	28	32.6	26	30.2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทสถานะในครอบครัว				
- หัวหน้าครอบครัว	4	4.7	5	5.8
- สมาชิกในครอบครัว	76	88.4	74	86.0
- ผู้อาศัย	6	7	7	8.1
อาศัยรวมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว				
- ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน	10	11.6	11	12.8
- อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน	76	88.4	75	87.2
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ				
- ผู้ดูแลรับจ้าง	4	4.7	1	1.2
- คู่สมรส	76	88.4	78	90.7
- บุตร	6	7	7	8.1

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สถิติ ที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ 1.61 (95%CI:1.18,2.04) และในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนและหลังทดลองคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ 0.08 (95 %CI:-0.01,0.18) ดังแสดงในตารางที่ 3

กลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	ก่อนการทดลอง (n=86)		หลังการทดลอง (n=86)		Mean differences 95%CI	p-value
	\bar{X}	Sd.	\bar{X}	Sd.		
กลุ่มทดลอง	8.88	1.81	10.50	0.85	1.61 (1.18, 2.04)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	8.93	1.77	9.01	1.78	0.08 (-0.01, 0.18)	0.10

* นัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ 1.48 (95%CI: 1.06, 1.90) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	หลังการทดลอง (n=86)		Mean differences (95%CI)	p-value
	\bar{X}	Sd.		
กลุ่มทดลอง	10.50	0.85	1.48 (1.06, 1.90)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9.01	1.78		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ภาระการดูแล (Zarit Burden Index :ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนภาระการดูแลแตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนภาระการดูแลลดลงที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ -15.06 (95%CI:-16.58, -13.55) โดยหลังทดลองมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 15.06 และในกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนภาระการดูแลแตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนภาระการดูแลเพิ่มขึ้นที่ผลต่างของคะแนนเท่ากับ 1.93 (95%CI:1.57,2.29) ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง

ภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว	ก่อนการทดลอง (n=86)		หลังการทดลอง (n=86)		Mean differences (95%CI)	p-value
	\bar{X}	Sd.	\bar{X}	Sd.		
กลุ่มทดลอง	24.08	6.98	9.01	0.96	-15.06 (-16.58,-13.55)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	23.93	6.98	25.91	6.19	1.93 (1.57,2.29)	<0.001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแล ในครอบครัวพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะการดูแลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า ผลต่างของคะแนนเท่ากับ -16.9 (95%CI: -18.24,-15.57) โดยหลังทดลองมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 16.9 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว หลังการทดลอง

ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว	หลังการทดลอง(n=86)		Mean differences (95%CI)	p-value
	\bar{X}	Sd.		
กลุ่มทดลอง	9.01	0.96	-16.9 (-18.24,-15.57)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	25.91	6.19		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามโปรแกรม

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมของผู้ดูแลหลักพบว่า มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งหมด โดยในภาพรวมมีค่าเท่ากับร้อยละ 80 ความพึงพอใจต่อการ

ฝึกปฏิบัติตามที่คณะกรรมการที่ปรึกษาได้รับมอบหมายที่บ้านเท่ากับร้อยละ 100 อยากทำ ชอบกิจกรรมตามโปรแกรมนี้และยอมรับกิจกรรมตามโปรแกรมนี้เท่ากับร้อยละ 90 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

รายการประเมิน	ร้อยละ
(1) ฉันฝึกปฏิบัติตามที่คณะกรรมการที่ปรึกษาได้รับมอบหมายที่บ้าน	100
(2) กิจกรรมตามโปรแกรมนี้กำลังทำให้ฉันอยากทำ ฉันชอบกิจกรรมตามโปรแกรมนี้	90
(3) ฉันยอมรับกิจกรรมตามโปรแกรมนี้	90
(4) ฉันตั้งใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนนี้และกิจกรรมทั้งหมดเหมาะสมกับชีวิตของฉัน	80
(5) ฉันพบว่ากิจกรรมตามโปรแกรมสามารถช่วยเหลือฉันได้	80
(6) ฉันมีความพึงพอใจกับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยรวม	80
(7) กิจกรรมตามโปรแกรมนี้เป็นไปตามความปรารถนาของฉัน	70

8. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. การใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีข้อดีคือ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยพบว่าก่อนทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนน เฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (ADL5-11) ภายหลังการทดลองมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นแต่ยังจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านเหมือนเดิม เช่นเดียวกับกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(12,13) ที่พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า ภายหลังการทดลองมีภาวะการดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะ กิจกรรมที่ให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่และการทำกิจกรรมร่วมกันของสหวิชาชีพ Care managers และ Care giver และผู้ดูแลหลักได้ฝึกปฏิบัติตามที่ได้รับการอบรมที่บ้าน ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีและยอมรับกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้ดูแลหลัก ทำให้จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุได้ ส่งผลทำให้เกิดพึงพอใจกับกิจกรรมตามโปรแกรมและเกิดบรรยากาศสงบ สุขภายในบ้านสอดคล้องกับการศึกษาของสาธิตา แรกค่านวน และพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย⁽¹⁴⁾ พบว่าปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล

ของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม ผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก และ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(15,16) ที่พบว่าหลังโปรแกรมการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น

ดังนั้น โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้รับความรู้การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อลดภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.ธวัชชัย กฤษณะ ประกรกิจ จิตแพทย์โรงพยาบาลชุมแพ ดร.ศิราณี ศรีหาภาค วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ แนะนำในการทำงานวิจัยชิ้นนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

10. เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. วิชัย เอกพลากร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
2. กรมการแพทย์. รายงานผลการศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาว ในชุมชนชนบท. กรุงเทพฯ; 2560.

3. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรศ อภิญญาลังกร, กัญญ์สินี จันทร์เจริญ, นิมีศศุรา แว. บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(3):300-10.
4. วิภา ลิ้มสกุล, อุไรวรรณ แก่งจ้อย และอาภรณ์ สุขโสภา. ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล. 2557;4(63).
5. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินตึง จำกัด; 2565.
6. ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ. คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินตึง จำกัด; 2565.
7. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index a standard measure of physical disability. Int Disabil Stud. 1988;10(2):64-7.
8. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97-101.
9. Chen H, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Sihapark S, Hinton L, Gallagher Thompson D, et al. Implementation Science in Thailand: Design and Methods of a Geriatric Mental Health Cluster-Randomized Trial. Psychiatr Serv. 2022;73(1):83-91.
10. Bédard M, William Molloy D, Squire L, Dubois S, Lever JA. The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. The Gerontologist. 2001; 41(5),652-657.
11. Pinyopornpanish K, Soontornpun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopornpanish K, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. Sci Rep. 2022;12(1)
12. เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2561;8(2).
13. ชูติมา ทองวชิระ. ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต:กรุงเทพฯ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2565]; เข้าถึงได้ จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/SDU.res.2016.13

14. สาธิตา แรกค่านวณ, พีรพันธ์ สือบุญธวัชชัย. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแล ของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(3).
15. อัจรา ภาษาและคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย. 2563;1(1).
16. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2).