

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

Development of Caring Model for Older Adults with Dementia in Community Through Family and Community Participation

พิสมัย ศรีทำนา* ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์**

Pisamai Sritumna, Ritthirong Ruangrit

Corresponding author: E-mail: pisamai.sri@gmail.com

(Received: September 20, 2023; Revised: September 28, 2023; Accepted: October 25, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อม 11 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 11 คน ประชาชน 42 คน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน บุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน 5 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Percentage difference

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 พบว่า การดูแลตาม Care plan ปกติยังไม่เพียงพอ จึงนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวร่วมด้วย ผลการวิจัยระยะที่ 2 ได้นำรูปแบบระยะที่ 1 สู่การปฏิบัติจำนวน 12 ครั้งเป็นเวลา 3 เดือน ผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่าหลังได้รับการบริการตามรูปแบบใหม่ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น สภาพสมองโดยเฉพาะความจำดีกว่าก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระการดูแลลดลงจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปผลระยะที่ 3 พบว่า มี 3 กระบวนการสำคัญ คือ การเขียน Care plan ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะ และชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ลดภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้รูปแบบการดูแลเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ; ผู้สูงอายุสมองเสื่อม; การดูแลระยะยาว; การมีส่วนร่วม

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ABSTRACT

Purposes : To develop a model for caring for the Older Adults with dementia in the long-term care system with the participation of families and communities in Mahasarakham Province

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The group of 100 key informants consisted of 11 elderly people with cognitive impairments and dementia, 11 of family caregivers, 42 of citizens, community leaders/ 20 of village health volunteers, 5 personnel from related agencies in the community, collected data before and after the implementations. Data were analyzed by distributing frequencies, percentages, means and standard deviations and compare the average values with the Percentage difference statistic.

Main findings : Phase 1 found that care according to the normal care plan was not enough. Therefore, a model of adequate care for the elderly with dementia has been adopted. Involve the main caregiver in the family as well. The results of Phase 2, follow 12 activities in 3 months. The results of Phase 3, after receiving the program, Elderly people have better ability to carry out daily activities. Brain condition, especially memory, is better than before development. As for caregivers who live in the same family. The burden of care has decreased from before the development with statistical significance. Phase 3 showed that there are 3 important processes: Writing a care plan with dementia adequately, Family caregivers are skilled, and the community does not abandon each other. Reduce the burden of caring for elderly people with dementia.

Conclusion and recommendations : Using a care model that emphasizes family and community participation. Improves ability of elderly with dementia to perform daily activities. Reduce the care burden on family caregivers.

Key Words : Development of caring model; Older adults with dementia; Long term care; Participation

*Public Health Technical Officer, Professional Level. Mahasarakham Provincial Public Health Office.

**Public Health Technical Officer, Senior Professional Level. Mahasarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ดังพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.5¹ แนวโน้มภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จังหวัดมหาสารคาม ประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จาก ปี พ.ศ.2566 จำนวน 184,278 คน ร้อยละ 19.50 ปี พ.ศ.2565 จำนวน 177,793 คน ร้อยละ 18.74 ปี พ.ศ.2564 จำนวน 171,556 คน ร้อยละ 17.98 ปี พ.ศ.2563 จำนวน 146,526 คน ร้อยละ 15.22 ใน ปี พ.ศ.2566 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้านสุขภาพ ร้อยละ 84.86 พบว่ากลุ่มติดสังคม ร้อยละ 90.67 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 8.41 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.96 และมีภาวะเสี่ยงสูงที่จะเป็นสมองเสื่อม ร้อยละ 4.0 เสี่ยงหล่ม ร้อยละ 9.77 โรคพบบ่อยและสำคัญ พบว่ามีความเสี่ยงสูงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.01, 1.12 และ 6.79 ตามลำดับ ภาวะโภชนาการ พบว่า มีภาวะผอม ร้อยละ 11.65 อ้วนและอ้วนอันตราย ร้อยละ 4.83² ภายใต้สถานการณ์ “สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ” การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในอนาคต โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดและสะดวกต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งมีครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด เนื่องจากการพร่องความรู้ความเข้าใจในการคัดกรองและพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน ชะลอภาวะสมองเสื่อม ข้อจำกัดด้านศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการเข้าถึงและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตลอดจน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของจังหวัดมหาสารคามซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็ว ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามปัญหานี้สามารถป้องกันได้โดยนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia: SCD)^{3,4} ที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว รวมทั้งชุมชนบ้านใกล้เคียงได้ช่วยกันดูแลตลอดเวลาโดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบการพัฒนา ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2566 ได้แก่

1. คัดสรรชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. เตรียมชุมชน โดยการสร้างความเข้าใจและความตระหนักแก่ผู้นำชุมชน ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อความร่วมมือในการวิจัย

3. สืบหาและประเมินข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว แกนนำชุมชน/ อาสาสมัคร
สาธารณสุข ประชาชนและบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน

4. วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง
สรุปผลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบ
การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ
กำหนดแผนในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ หรือ 3 เดือน ระหว่าง
เดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงเวลา
จำเป็นสำหรับการสังเกตผลกระทบ ทั้งข้อมูลผลลัพธ์
ของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของผู้ดูแลทั้งหมด ตามขั้นตอน
ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้วางแผน
การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
ในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และสร้างทีมวิจัยในพื้นที่

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) เลือกพื้นที่นำร่องในการ
ดำเนินงาน 1 ชุมชน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการ
ดำเนินงานในชุมชน

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหา
ที่พบสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมเครือข่าย เพื่อนำมาสู่
การวางแผนดำเนินการและปรับปรุงระบบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

ประเมินผลรูปแบบและประเมินผลลัพธ์การพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะ
ยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดย
เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการช่วงเดือนกันยายน 2566

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้การดูแล : ผู้จัดการดูแล (Care
Manager) และ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่มีบทบาทรับผิดชอบ
ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแล : ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป

ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่มีความบกพร่อง
ในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อม : ผู้ดูแล ที่อาศัย
อยู่ครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชน
ที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อม
และมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและอาการทางด้าน
จิตที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (BPSD) อย่างน้อยหนึ่ง
อาการ

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน : ประชาชน แกนนำ
ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรในหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งสิ้น 100 คน แบ่งตาม
ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย บุคลากร
จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน 5 คน ผู้นำชุมชน/
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน และ
ประชาชน 42 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยบุคลากรจาก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน 5 คน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย
ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะ
สมองเสื่อม 11 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 11 คน ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ (Care Giver) 11 คน

มิเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
(Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน
จนสิ้นสุดโครงการ :

(1) ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยอ้างอิงจากฐาน
ข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการการดูแลระยะยาวที่
เข้าร่วมการศึกษาหรือจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(2) อาการที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมประเมิน
โดยแบบสอบถาม Informant Questionnaire on
Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) จำนวน
16 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะบกพร่อง

ทางการรับรู้ของผู้สูงอายุจากการสังเกตจากญาติหรือเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เคยมีการทดสอบความน่าเชื่อถือในประเทศไทย พบว่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับหรือมากกว่า 3.47 คะแนน หมายถึงมีผลบวกสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม (ในที่นี้ต่อไปนี้จะเรียกว่า “ภาวะสมองเสื่อม”) เครื่องมือถูกพัฒนาโดย Jorm et al⁵ ได้รับการแปลโดย Vorapun Senanarong et al⁶

(3) มีผู้ดูแลในครอบครัว (อายุ 18 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือใช้เวลอย่างน้อย 4 ชั่วโมงทุกวัน กับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ซึ่งตกลงที่จะเข้าร่วมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินการตาม Care plan

การยืนยันกรณีเข้าร่วมการวิจัย : ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองจะได้รับการยืนยันการเข้าร่วมการวิจัยจากทีมผู้ให้การดูแลในระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับทีมวิจัย โดยพิจารณาจาก 1) ผลการประเมินภาวะบกพร่องทางการรับรู้จากการประเมินด้วยเครื่องมือ TMSE พบว่า มีคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน หรือ มีประวัติข้อมูลเวชระเบียนได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม 2) ผลการตรวจสอบประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพพบไม่มีประวัติโรคหัวใจ 3) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตสูงของค่า SBP และค่า DBP ไม่เกินค่าที่กำหนด ได้แก่ ตั้งแต่ 180 mmHg หรือค่า DBP ตั้งแต่ 109 mmHg ขึ้นไป⁷

เกณฑ์การแยกออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา (2) ผู้ดูแลในครอบครัว ไม่ได้ให้ความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมของผู้ป่วยในการดำเนินการแทรกแซงตามการศึกษา (3) ผู้จัดการดูแลและ/หรือผู้ให้บริการปฐมภูมิไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการแทรกแซงเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับสภาพทางการแพทย์ (เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง) และ/หรือ ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พบว่ามีความอ่อนแอ และ (4) ทีมศึกษาตัดสินใจไม่แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

การยุติ /ถอนตัวของผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมในการศึกษาได้ตลอดเวลาในช่วงระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD) 3-4 ที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

1) ผลลัพธ์ของผู้สูงอายุ :

(1) อาการพฤติกรรม : พฤติกรรมและอาการทางจิตใจที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ) ประเมินโดย NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY-Q (NPI-Q) เป็นการประเมินคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (NPI-Q) ซึ่งมีทั้งหมด 12 ข้อ ว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ เครื่องมือได้รับการพัฒนา⁸ และถูกแปลโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ และคณะ⁹

(2) ความบกพร่องทางการรับรู้ : อาการและความรุนแรงของความบกพร่องทางการรับรู้ ประเมินโดยการตรวจสภาพจิตของประเทศไทย (TMSE) โดยมีจุดตัดคะแนน ≤ 23 คะแนน¹⁰ และพบว่าใช้ระยะเวลาเฉลี่ยน้อยกว่า 13 นาที ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ไม่ยาก และมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.76

(3) เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐานของชีวิต (Activity of daily livings, ADLs) โดยใช้เครื่องมือประเมิน Modified Barthel index¹¹ และเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย¹² ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.84¹³

2) ผลลัพธ์ของผู้ดูแล :

(1) ภาระของผู้ดูแล : ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Index) เป็นการประเมินจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ซึ่งแบ่งความรู้สึกออกเป็น 5 ระดับให้เลือกตอบ คือ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือ เกือบจะเป็นประจำ จุดตัดคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ¹⁴ เครื่องมือได้รับการแปลและถูกทดสอบในประเทศไทย¹⁵

3. เครื่องมือใช้สำหรับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วงเวลา ได้แก่ การเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ อาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ สภาพสมอง โดยเฉพาะความจำของผู้สูงอายุ และภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ช่วงก่อนเริ่มดำเนินการ จากนั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนและประเมินผลหลังการพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึง กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 6/2566 ภายหลังจากการรับรอง ดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

จากการคัดสรรชุมชนตามเกณฑ์ได้ชุมชนหนองข่าหนองคู ตำบลท่าตูม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เป็นชุมชนแออัดขนาดใหญ่ในชนบท มีการแบ่งการปกครองออกเป็น 3 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 318 หลังคา ประชากรทั้งหมด 1,163 คน เป็นชาย 585 คน เป็นหญิง 578 คน ประชากรผู้สูงอายุ 210 คน ร้อยละ 18.05 มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 11 คน

ลักษณะทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.70%) มีอายุเฉลี่ย 78 ปี (SD.=7.41) อายุต่ำสุด 65 ปี สูงสุด 88 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนมากที่สุด (54.50%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย (72.70%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด (72.70%) หยุดทำงานแล้ว อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนมากเป็นบุตรสาว เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (18.20%) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว (81.80%) ส่วนมากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (36.40%) โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นเพศหญิง (72.70 %) มีอายุเฉลี่ย 41 ปี (SD.=3.84) อายุต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 51 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด (54.50%) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ (57.00%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด (72.70 %) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว (81.80%) อาศัยอยู่ร่วมกันเดียวกัน (81.80%) ระยะเวลาที่ดูแลกว่า 8 ปี มีคนมาช่วยดูแล 2 คน (65.30%) มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง (32.45%)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.00%) มีอายุเฉลี่ย 46.75 ปี (SD.=9.07) อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 66 ปี กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีจำนวนมากที่สุด (50.00%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท (60.00%) การศึกษา

มัธยมศึกษามากที่สุด (40.00%) สถานภาพสมรสคู่ (70.00%) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (55.00%)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

1.ขั้นการวางแผน (Planning) วางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ โดยเลือกชุมชนหนองข่าหนองคู ตำบลท่าตูม อำเภอเมืองมหาสารคาม

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนในชุมชนที่ได้คัดเลือก โดยมีการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมดอยู่ในระบบการดูแลระยะยาว Long Term Care ซึ่งจะได้รับบริการดูแลตาม Care Plan ปกติที่ Care Manager เขียน Care plan รายบุคคลโดยมอบหมายให้ Care giver ดูแลตาม Care plan นั้น แต่ยังไม่เพียงพอเนื่องจากการกระตุ้นการทำงานของสมองหรือภาวะทางด้านจิตใจจะต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง ควรคำนึงถึงเวลาที่ใช้ดำเนินการให้มากขึ้นและควรติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยกันดูแล

จากการวิเคราะห์ในชุมชน พบว่า มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมบางคนที่เดินออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ได้ บางคนก็

มักจะก่อกองไฟเป็นประจำซึ่งอาจเกิดอันตรายไฟไหม้ได้ ดังนั้นจึงได้ปรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนบ้านใกล้เคียงได้จัดเวรยามรักษาการณ์ ผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาช่วยสอดส่องดูแลในค้มนบ้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมรายนั้นๆ

ดังนั้น จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้ดำเนินการในระดับบุคคลและครอบครัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่จำเป็นสำหรับการสังเกตผลกระทบ ทั้งข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของผู้ดูแลทั้งหมด

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานในชุมชน

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหาที่พบสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมในพื้นที่และทีมวิจัยเพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินการและปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และสภาพสมอง โดยเฉพาะความจำ (TMSE) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.29 และ 34.33 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพสมองโดยเฉพาะความจำ ก่อนและหลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา(n=11)	หลังการพัฒนา(n=11)	%Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	7.90(1.51)	10.72(0.46)	+30.29
2. สภาพสมองโดยเฉพาะความจำ (TMSE)	15.81(1.47)	22.36(0.50)	+34.33

หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นร้อยละ 142.86

และ 46.15 ตามลำดับ แต่ไม่พบในระดับรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม (NPI-Q) ก่อนและหลังการพัฒนา

อาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา (n=11)	หลังการพัฒนา (n=11)	% Differences
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับเล็กน้อย	1(9.10)	6(54.55)	+142.86
ระดับปานกลาง	8(72.72)	5(45.45)	+46.15
ระดับรุนแรง	2(18.18)	0(0.00)	0.00

หลังการพัฒนารูปแบบ ภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแล

หลักในครอบครัวลดลงร้อยละ 87.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ก่อนและหลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา (n=11)	หลังการพัฒนา (n=11)	% Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
ภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว	23.09(6.92)	9.09(1.64)	-87.01

วิจารณ์

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) ภายหลังการพัฒนามีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 7.90 คะแนน เป็น 10.72 คะแนน แต่ยังจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านเหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶⁻¹⁷ ที่พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. อาการทางจิตประสาทและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนา มีระดับรุนแรง กล่าวคือมีความเครียดมากและทำให้ไม่สบายใจและ

จะต้องมีการจัดการเฉพาะรายกรณี ร้อยละ 18.18 ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.72 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 9.10 ภายหลังการพัฒนา ไม่มีระดับรุนแรง ระดับปานกลางลดลงเหลือ ร้อยละ 45.45 และระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้นร้อยละ 54.55 อธิบายได้ว่า การกระตุ้นให้ทำกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ ดนตรีบำบัด งานศิลปะ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมสร้างความสุข การจัดการปัญหาทางพฤติกรรม (Behavioral management) ได้แก่ การชื่นชม การให้รางวัล การเบี่ยงเบนความสนใจ การวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามหลัก A-B-C การดูแลผู้ดูแล เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ดูแล ให้คลายเครียด การมีช่วงเวลาพัก การจัดการอารมณ์ การยอมรับและแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ

การศึกษาของ นรินทิพย์ ฤทธิ์ธู¹⁸ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีระดับการมองคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความเครียดลดลง สุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

3. สภาพสมองโดยเฉพาะความจำของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.81 ภายหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 22.36 คะแนน ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD) ที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ภายใต้งานกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาวในโปรแกรม 3C กรมอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทิพย์ ฤทธิ์ธู¹⁸ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม สภาพสมองเบื้องต้นดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

4. ภาวะการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบมีภาวะการดูแลลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลเข้าใจในโรคสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ และยอมรับกิจกรรมและรับความช่วยเหลือจากชุมชนทำให้จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุได้ ส่งผลทำให้เกิดบรรยากาศสงบสุขภายในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา

ของสาธิตา แรกคำนวณและคณะ¹⁹ พบว่า ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามี 3 กระบวนการสำคัญ คือ 1) การเขียน Care plan ในระบบโปรแกรม 3C ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว 2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีทักษะ 3) ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งระบบบริการสุขภาพควรใช้รูปแบบการดูแล เน้นครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการออกกำลังกายและส่งเสริมให้ผู้ดูแลครอบครัวได้รับความรู้การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) ผู้ดูแลสูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, แสงเดือน กิ่งข่อยกลาง, นฤปดินทร์ รอดบัน, ขวัญระวี วิทยพิลา, นิทกร สอนชา, ถวัลย์รัตน์ รัตนศิริ, และคนอื่นๆ. คู่มือ การดูแลผู้สูงอายุ

- สมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. ศิราณี ศรีหาภาค, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ; 2565.
 5. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*. 1989;19(4):1015-22.
 6. Senanarong V, Assavisaraporn S, Sivasiriyononds N, Printarakul T, Jamjumrus P, Udompunthuruk S, et al. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. *J Med Assoc Thai*. 2001;84(5):648-55.
 7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรคิงค์; 2562.
 8. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
 9. โสฬพัทธ์ เหมรัญจโรจน์ และคนอื่นๆ. แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์การดูแลรักษา; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/07/5.-NPI-Q>
 10. กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช. 2536.45(6):359-74.
 11. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability. *Int Disabil Stud*. 1988;10(2):64-7.
 12. 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.
 13. 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.
 14. Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell MJ. The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. *The Gerontologist*. 2001;41(5):652-7.
 15. Pinyopompanish K, Soontornpun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopompanish K, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. *Sci Rep*. 2022;12:14138.
 16. เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, จตุพร จันทะพุกษ์, ภาวิณี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโย, ภควรรณ ตลอดพงษ์, นิสากร เข้มขนาน. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*. 2561;8(2):46-57.
 17. ชูติมา ทองวชิระ. ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต: กรุงเทพฯ. 2559. doi: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/SDU.res.2016.13.
 18. นรินทิพย์ ฤทธิธิตติ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2564;1(3):1-20.
 19. สาธิตา แรกคำนวน, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิด

อัลไซเมอร์และการดูแล ของผู้ดูแล ที่แผนก
จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(3):335-46.