

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิด ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

จิตาภา กระหมุดความ*, สยาม คำสืวาส*, อรณลิน สิงขรณ์**, พิมพรัตน์ บุญยะภักดี*, นาดญา พแดนนอก**, และประภัสสร ธรรมเมธา**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิด และเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับการรักษาด้วยยาและกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย และโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลัก ก่อน - หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลด้วยสถิติ Two-way repeated ANOVA

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ทดลอง มีคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

สรุปโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดมีผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้โดยสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและประยุกต์ใช้ในงานงานคลินิกผู้สูงอายุ งานสุขภาพจิตที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในหน่วยบริการสุขภาพในทุกะดับ รวมไปถึงในชุมชน

คำสำคัญ : สมองเสื่อม การรับรู้ตามความเป็นจริง การรู้คิด คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล

*โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

**มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Corresponding Author: Jidapa Kramudkwam E-mail: jidapa08@gmail.com

Received: 28 March 2024 Revised: 23 April 2024 Accepted: 28 April 2024

The effectiveness of reality orientation therapy on cognitive functions in elderly with dementia with behavioral psychological symptoms on the quality of life of primary caregivers

Jidapa Kramudkwam^{*}, Siam Kumsriwas^{*}, Onnalin Singkhorn^{**}, Pimrat Boonyapak^{**}, Nattaya Phadaennok^{**} and Prapatsorn Thammatha^{**}

ABSTRACT

This quasi-experimental study concerned the effectiveness of a Reality Orientation Therapy (ROT) program for elderly people with dementia with behavioral and psychological problems on the quality of life of their primary caregivers. The study aimed at comparing the quality of life scores of primary caregivers of elderly people with dementia with behavioral and psychological problems before and after using a ROT program, and comparing the quality of life scores of primary caregivers between the group receiving the program plus medication treatment and the group receiving medication treatment alone.

The participants consisted of 30 caregivers who have provided care for elderly people dementia with behavioral and psychological problems, divided into 15 people in the experimental group and 15 people in the control group. Research instruments used in the research included: personal information questionnaire of caregivers, the World Health Organization Quality of Life assessment (Thai version), and a ROT program on cognitive function. Quantitative data analysis used frequency, percentage, mean, and standard deviation; and comparing the differences in the mean quality of life scores of the primary caregivers before, after and at the end of the follow-up using two-way repeated ANOVA.

The findings revealed that the mean quality of life scores of experimental group after and at the end of the follow-up had statistical significance ($p < 0.05$) higher than before the receiving the program. The mean quality of life scores between the experimental and control groups before before, after and at the end of the follow-up the experiment had statistical significant difference ($p < 0.05$). Therefore, the ROT program on cognitive function was effective in increasing the quality of life of primary caregivers of elderly people with dementia who have behavioral and psychological problems. The program can be applied by supporting family members who are primary caregivers to learn about caring for the elderly and by applying it in geriatric clinics, mental health departments that take care of elders with dementia in healthcare settings in all levels, including in communities.

KEYWORDS: Dementia, Reality Orientation, Cognitive Functioning, Quality of Life, Caregivers

^{*} Somdej Prayannasungworn Hospital

^{**} Mae Fah Luang University

Corresponding Author: Jidapa Kramudkwam E-mail: jidapa08@gmail.com

Received: 28 March 2024 Revised: 23 April 2024 Accepted: 28 April 2024

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมสภาพในการทำงานของสมอง ปัจจุบัน มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก ประมาณ 55 ล้านคน และพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 60 เป็นคนที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคน ในปี 2573 และจะเพิ่มเป็น 139 ล้านคน ในปี 2593¹ โดยพบความชุกของโรคนี้ในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย² ในอัตราส่วน 1:64-1:73³ และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีก⁴ สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้น พบความความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 และจากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ ปี พ.ศ. 2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร⁵

ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 7 ในบรรดาโรคทั้งหมด และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความทุพพลภาพ และการพึ่งพาอาศัยกันของผู้สูงอายุทั่วโลก¹ มีผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม จึงมักถูกตีตราจากสังคมว่าประพฤติดนไม่เหมาะสม⁶ ซึ่งอาการเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความเป็นจริงที่เสียไป⁷ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (ROT) เป็นการเชื่อมต่อการรู้คิดหรือสติปัญญากับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการรู้คิด (Cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมร่วมกับยา เป็นการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับ

เล็กน้อยถึงปานกลาง⁸ ดังการศึกษาในประเทศบราซิล ที่พบว่า เมื่อนำการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง มาทดลองใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวพบว่า การบำบัดแบบผสมผสานส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้คล่องแคล่วกว่าเดิม และสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลี ที่พบว่า การฟื้นฟูความทรงจำในผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นตามไปด้วย¹⁰ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการรับรู้ตามความเป็นจริงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม และลดภาวะซึมเศร้าลงตามไปด้วย¹¹

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีผลต่อคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹² ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย¹³ บริบทของไทยได้รับอิทธิพลจาก ศาสนาพุทธ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมา และมีความเต็มใจที่จะให้การ ดูแลต่อไป เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ ที่พึงกระทำต่อผู้สูงอายุในฐานะเป็น คู่สมรส หรือ บุตรหลานการดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัว^{14,15} ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะไม่สามารถบอกความต้องการหรือสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและต้องการเวลาต่อวันค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลรับหน้าที่หนัก ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สุขภาพของผู้ดูแลจึง

มีความเสื่อมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ และรู้สึกมีภาระมากกว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคทั่วไป¹⁶ ในการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบที่เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ตัวแปรที่เกิดจากการดูแลและภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบที่เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ การศึกษาโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้ว สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แต่หลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการอบรมเป็นเวลา 3 เดือน โปรแกรมการอบรมโดยรวมยังไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์โดยระดับด้านแยกต่าง ๆ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังจากได้รับการอบรมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ฟื้นฟูความทรงจำ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีแนวทางในการฝึกทักษะการรับรู้ตามความเป็นจริงได้ดีขึ้น จะช่วยให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจลดลง อันจะส่งผลให้ลดภาระแก่ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ก่อนและหลังการโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ร่วมกับการรักษาด้วยยา และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

สมมุติฐานการวิจัย

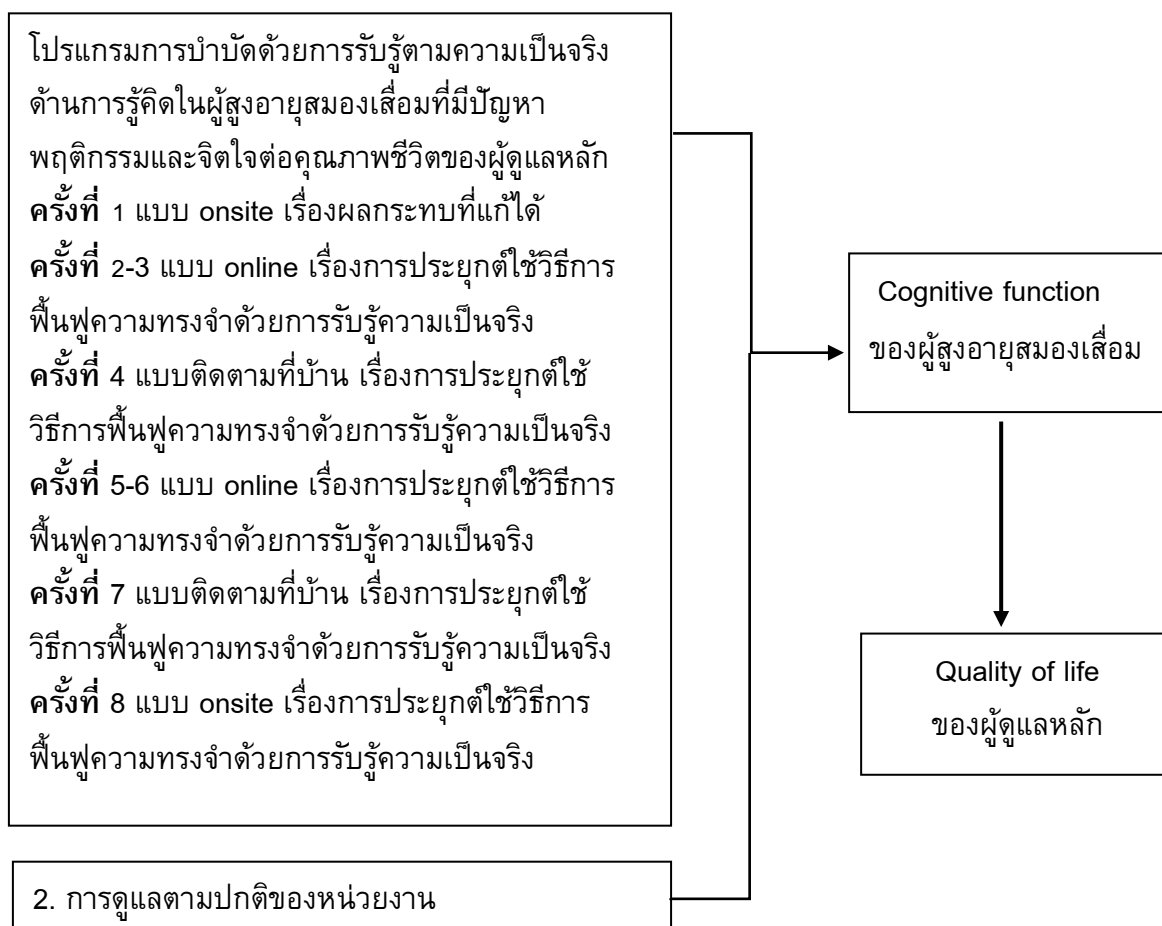
1. คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดร่วมกับการรักษาด้วยยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดร่วมกับการรักษาด้วยยา สูงกว่าผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด ของ Spector et al. ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้การรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality orientation therapy; ROT) ที่เน้น การฟื้นฟูสภาพความจำในด้านวัน เวลา สถานที่ และ บุคคล โดยใช้วิธีการกระตุ้นเตือนให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ รอบตัว เป็นการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และเข้าไปซ้ำมา เพื่อทบทวนความจำ สามารถทำได้โดยการ

ใช้อุปกรณ์เช่น ปฏิทิน นาฬิกา บ้ายบอกวันเดือนปี หนังสือพิมพ์ หรือทีวี เป็นต้น รวมทั้งจัดให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ ผู้สูงอายุบอกเห็น และผู้ดูแลอาจใช้วิธีการกระตุ้นถาม และบอกเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้วันเวลาสถานที่ตามความเป็นจริงกระตุ้นความจำ การรับรู้ และความตั้งใจ จดจ่อ ช่วยแก้ปัญหาการสับสนในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้¹⁷



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดย การศึกษานำร่อง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ บำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิด ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ดังนี้

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา คือ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในเขตจังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน 2565 เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และญาติไม่ค่อยมีเวลามาเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ตามที่กำหนด จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โครงการคือ ผู้ดูแลหลักเป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักที่ รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมานานไม่น้อย กว่า 6 เดือน ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างน้อย วันละ 6 ชั่วโมง มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป และสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีเกณฑ์ในการ แยกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการคือมีโรค ประจำตัวด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจที่เป็นอุปสรรค ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

เครื่องมือวิจัยสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมอง เสื่อม

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมฯ

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย โลกและแบบวัดคุณภาพชีวิต ของสัวล์มันน์ มหัตนิ รันตร์กุล และคณะ (2540)¹⁸ ที่มีค่าความเที่ยงของ เครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา พฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินกิจกรรมโปรแกรม (ตารางที่ 1) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหา ความเที่ยงตรง (Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรม การรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้ปวย สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ไปรับการ ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดังนี้ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุสมอง เสื่อม 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คนและอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 คน การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบ วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและแบบวัด คุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับญาติ ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วคำนวณค่าความ เชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

ตารางที่ 1 โปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

สัปดาห์ที่	รูปแบบการจัดกิจกรรม	กิจกรรม	เวลาที่ใช้
1	onsite	เรื่อง ผลกระทบที่แก้ไขได้ โดยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้องค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูความทรงจำตามความเป็นจริง ช่วยกันหาวิธีฟื้นฟูความทรงจำตามความเป็นจริง และให้ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของครอบครัวตนเอง โดยทำกิจกรรมกลุ่มละ 3-6 ครอบครัว	2 ชั่วโมง
		Pre-test	
2,3,5,6	online	เรื่อง ผลจากการประยุกต์ใช้วิธีการฟื้นฟูความทรงจำด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้แรงเสริมทางบวก และให้ข้อเสนอแนะเป็นรายครอบครัว โดยการโทรศัพท์พูดคุย ชักถาม	30-45 นาที
4,7	ติดตามที่บ้าน	เรื่อง ผลจากการประยุกต์ใช้วิธีการฟื้นฟูความทรงจำด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้แรงเสริมทางบวก และให้ข้อเสนอแนะเป็นรายครอบครัว	60 นาที
8	onsite	เรื่อง การแลกเปลี่ยนวิธีการฟื้นฟูความทรงจำตามความเป็นจริง และให้แรงเสริมทางบวกเป็นรายกลุ่ม โดยทำกิจกรรมกลุ่มละ 3-6 ครอบครัว	2 ชั่วโมง
		Post-test 1	
12	online	Post-test 2	

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดเชียงราย เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ เชนไบพิทักษ์สิทธิ์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นการทำ Pre-test และนัดหมายพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ทำ Post-test ครั้งที่ 1 และนัด

หมายพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อทำ Post-test ครั้งที่ 2 เมื่อสมาชิกในกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วน จึงกล่าวขอบคุณในความร่วมมือ และทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ เชนไบพิทักษ์สิทธิ์ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นการทำ Pre-test ครั้งที่ 1 แล้วเริ่มทำกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่

มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก จำนวน 8 ครั้ง โดยนัดหมายในสัปดาห์ที่ 8 ทำ Post-test ครั้งที่ 1 ทำทันทีภายหลังสิ้นสุดการฝึกตามโปรแกรม และนัดหมายพบกันอีกครั้งใน 4 สัปดาห์ถัดไป (สัปดาห์ที่ 12) เพื่อทำ Post-test ครั้งที่ 2 เมื่อสมาชิกในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วน จึงกล่าวขอบคุณในความร่วมมือ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistical analysis) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistical analysis) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลด้วยสถิติ Two-way repeated ANOVA

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว หมายเลขรับรอง CRPPHO 53/2565 วันที่ 5 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง กรกฎาคม 2566 ผลการวิจัยเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 30 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.41***.
ชาย	6	40.00	6	40.00	
หญิง	9	60.00	9	60.00	
อายุ					.17*
20 – 40 ปี	1	6.67	2	13.33	
41 – 60 ปี	8	53.33	8	53.34	

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
61 - 80 ปี	6	40.00	5	33.33	
สถานภาพสมรส					.54***
โสด	1	6.67	1	6.67	
คู่	12	80.00	10	66.67	
หม้าย แยกกันอยู่ หย่า	2	13.33	4	26.66	
ระดับการศึกษาสูงสุด	2	13.33	0	0	.49***
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	66.67	9	60.00	
ประถมศึกษา	0	0	2	13.33	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	6.67	2	13.33	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	13.33	2	13.34	
ปริญญาตรีและสูงกว่า					
อาชีพ					.57***
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	13.33	3	20.00	
แม่บ้าน	2	13.33	0	00	
เกษตรกร	3	20.00	5	33.33	
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	0	0	2	13.33	
ค้าขาย	2	13.34	1	6.67	
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง	6	40.00	4	26.67	
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ					.03***
สามี/ภรรยา	9	60.00	2	13.33	
บุตร	5	33.33	9	60.00	
พี่น้อง/หลาน	1	6.67	3	20.00	
ญาติ	0	0	1	6.67	
จำนวนชั่วโมงในการดูแล/วัน					.72**
6 – 10 ชั่วโมง	8	67.73	9	60.00	
11 – 15 ชั่วโมง	1	6.67	1	6.67	
16 – 20 ชั่วโมง	1	6.67	3	20.00	
21 – 24 ชั่วโมง	5	33.33	2	13.33	

* Independent t test ** Mann-Whitney U *** Chi-Square test

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40.00 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแบบสามี / ภรรยา ร้อยละ 60.00 อยู่ในช่วงอายุ 41 – 60 ปี ร้อยละ 53.33 มีสถานภาพสมรส คู่ 80.00 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.00 ดูแลผู้สูงอายุ วันละประมาณ 6 – 10 ชั่วโมง ร้อยละ 67.73 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อยู่ในช่วงอายุ 41 – 60 ปี ร้อย

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ละ 53.34 มีสถานภาพสมรส คู่ 66.67 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.33 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแบบบุตร ร้อยละ 60.00 ดูแลผู้สูงอายุ วันละประมาณ 6 – 10 ชั่วโมง ร้อยละ 60.00 (ตารางที่ 2)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอนย่อย ได้แก่

3.1. การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		สิ้นสุดการติดตามผล	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
กลุ่มทดลอง	101.33	11.22	113.87	11.89	112.40	10.81
กลุ่มควบคุม	101.20	7.07	100.73	10.78	101.80	7.26

ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตกงเบี่ยงต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk Test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามากกว่า 0.05 (Sig. เท่ากับ 0.478, 0.755 และ 0.075 ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุมมีค่ามากกว่า 0.05 ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลเช่นกัน (Sig. เท่ากับ 0.106, 0.130 และ 0.610 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงปกติ และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นเอกพันธ์

ของเมตริกซ์ความแปรปรวน -แปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance- covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการทดสอบ พบว่า ค่า Sig = 0.147 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนที่ไม่แตกต่าง ดังนั้น จึงสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Two – way repeated measurement

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล และการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล (ตารางที่ 4)

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
-กลุ่มทดลอง- กลุ่มควบคุม	996454.4	1	996454.4	7175.784	0.000
-ความคลาดเคลื่อน	3888.178	28	138.863		
ภายในกลุ่ม					
- ผลของโปรแกรมฯ	704.689	2	352.344	5.496	0.007
- ปฏิสัมพันธ์	712.422	2	356.211	5.556	0.006
- ความคลาดเคลื่อน	3590.222	56	64.111		

** p < .001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 7175.784$; $p < 0.001$) และค่าปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F = 5.556$; $p < 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมฯ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มี

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล มีความแตกต่างกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการ Bonferroni method เพื่อดูว่าคู่ใดมีความแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

ตัวแปรตาม	กลุ่ม	ผลโปรแกรมฯ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ทดลอง	หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	12.533*	.012
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - ก่อนการทดลอง	11.067*	.015
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - หลังการทดลอง	-1.467	1.000
	ควบคุม	หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง	-.467	1.000
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - ก่อนการทดลอง	.600	1.000
		เมื่อสิ้นสุดการติดตามผล - หลังการทดลอง	1.067	1.000

** p < .050

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลอง

ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายด้านของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	Mean (S.D.)		p-value
	กลุ่มทดลอง(n=15)	กลุ่มควบคุม(n=15)	
ด้านร่างกาย			
ก่อนการทดลอง	24.53 (4.07)	23.87 (2.03)	.57*
หลังการทดลองทันที	25.67 (3.72)	23.93 (2.81)	.16*
สิ้นสุดการติดตามผล	25.80 (3.67)	23.53 (2.47)	.06*
ด้านจิตใจ			
ก่อนการทดลอง	39.00 (5.52)	40.40 (3.54)	.42*
หลังการทดลองทันที	43.40 (3.79)	42.13 (2.92)	.32*
สิ้นสุดการติดตามผล	43.60 (5.17)	40.93 (2.63)	<.001**
ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว			
ก่อนการทดลอง	20.00 (2.24)	21.67 (2.58)	.07**
หลังการทดลองทันที	23.00 (2.88)	20.07 (3.45)	.02**
สิ้นสุดการติดตามผล	21.80 (3.23)	19.60 (3.56)	.09**
ด้านสิ่งแวดล้อม			
ก่อนการทดลอง	23.93 (2.76)	24.33 (2.55)	.68*
หลังการทดลองทันที	26.67 (2.58)	24.67 (5.74)	.22**
สิ้นสุดการติดตามผล	25.73 (2.79)	23.60 (6.05)	.21**
คุณภาพชีวิตรวม			
ก่อนการทดลอง	101.33 (11.22)	101.20 (7.07)	.72*
หลังการทดลองทันที	113.87 (11.89)	100.73 (10.78)	.05**
สิ้นสุดการติดตามผล	112.40 (10.81)	101.80 (7.26)	.001**

** p < .050

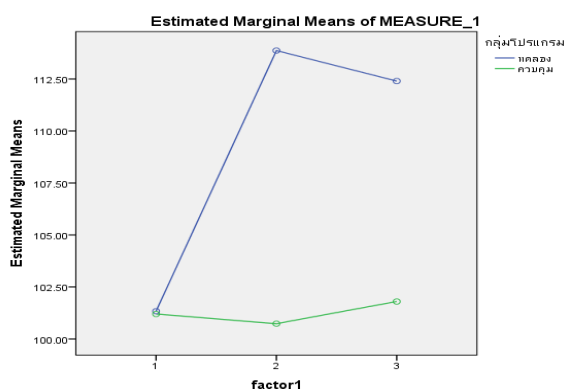
Note: *Independent t-test ** Mann-Whitney U

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตรวมหลังการทดลองทันที และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองทันทีและสิ้นสุดการติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และสิ้นสุดการติดตามผล ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดการติดตาม มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว พบว่าหลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม มีคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

กราฟที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตั้งแต่ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลหลังการทดลอง



จากกราฟอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดีกว่าก่อนการทดลอง แต่เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักสามารถสรุปผลและอภิปรายผลดังนี้

สมมติฐานข้อที่1 คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดรวมกับการรักษาด้วยยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่1 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นทุกด้านโดยคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุดคือด้านจิตใจ รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกาย

1. ด้านจิตใจ โดยเป็นเรื่องของความกตัญญูรู้คุณ สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าพบว่าด้วยคำนิยาม และวัฒนธรรมประเพณีไทยยังถือในเรื่องการรู้จักบุญคุณ ความกตัญญูกตเวทียเป็นสิ่งสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย ถูกผูกไว้กับคำนิยาม วัฒนธรรม ความเชื่อ เรื่องความกตัญญูกตเวทียที่เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ^{19,20}และการดูแล ผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่ในเขตชนบทของสังคมไทยทั้งหมดเป็นการดูแลภายในครอบครัว ครอบครัวต้องจัดการด้วยตนเอง ดังนั้นครอบครัว จึงความคาดหวังต่อบทบาทบุตรหรือภรรยาที่ดี ผู้ดูแลจึงถือเป็นหน้าที่ของบุตรเป็นหลักปฏิบัติอันดีในการแสดงความกตัญญูตอบแทนพระคุณ และยังเป็นเรื่องของความกังวล เนื่องจากความรัก ความห่วงใย พบว่าในการแสดงออกด้านอารมณ์ที่แสดงออกมากที่สุดของผู้ดูแลผู้สูงอายุคืออารมณ์เครียด วิตกกังวล ซึ่ง ในช่วงระยะปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน หรืออยู่ในระยะสมอง

เสื่อมปานกลาง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด และทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกเครียด ร้องมา มีความรู้สึกวิตกกังวลกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 20 แต่ด้วยความรักความห่วงใย ซึ่งเป็นการทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีความหมายในชีวิต (Meaning of life) โดยใช้ความเชื่อทางจิตวิญญาณ (Spiritual beliefs) และการยึดถือหลักคำสอนทางศาสนา เป็นกลวิธีสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้จัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้ 15 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีผลเฉลี่ยคะแนนด้านจิตใจสูงที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพของผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสามีและภรรยาที่มีความรัก ความผูกพัน เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา ส่วนที่เป็นบุตร เป็นเรื่องความกตัญญูรู้คุณ และความห่วงใยโดยไม่คิดว่าการดูแลเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ

2. ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว พบว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่สามีภรรยาเป็นคู่ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุข รักและความเข้าใจ ดูแลกันไม่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ และถ้าเป็นลูก หลานพบว่าคนที่มีความรักความกตัญญู จึงไม่พบปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวถึงแม้บุตรหรือหลานจะมีครอบครัวแยกออกไปก็สามารถจัดการกับครอบครัวให้เข้าใจถึงการต้องมาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลใน

ครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ ที่พึงกระทำต่อผู้สูงอายุในฐานะเป็น คู่สมรส หรือ บุตรหลาน^{20,21} ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกว่

เป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป

3. ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากที่เคยอยู่ แต่มีการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลและความปลอดภัยของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ส่วนการร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลอาจมีการปรับ โดยการเลือกออกไปร่วมงานตามความเหมาะสมของเวลาและสถานที่ ทำให้ลดการออกไปร่วมงานกับชุมชนลงบ้าง แต่ชุมชนก็เข้าใจเพราะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวที่พบว่าเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลต้องใช้ไปกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนรอบข้างและชุมชนลดลง 20 แต่ไม่สอดคล้องในการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะมีการแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่บ้าน โดยใช้เวลาเกือบตลอด 24 ชั่วโมงต่อวันและจากการที่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมักจะมีการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การขาดการยับยั้งชั่งใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายต่อเพื่อน ๆ หรือผู้ที่มาเยี่ยมที่บ้าน จึงทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะขาดการติดต่อกับผู้อื่น ไม่ยอมไปสังสรรค์หรือไปพบเพื่อน ไม่มีเวลาให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว จนถึงขั้นทะเลาะวิวาท สร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านได้¹⁵

4. ด้านร่างกาย พบว่ามีปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว ซึ่งให้เหตุผลว่าเสื่อมตามวัยที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีสุขภาพร่างกายที่

เสื่อมลง เพราะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสนั้นมีอายุมาก¹⁹ และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะไม่สามารถบอกความต้องการหรือสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีปัญหาในการนอนหลับ ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายแก่ผู้ดูแล²¹ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง พักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีเวลาเพื่อคลายความเครียด ทำให้สุขภาพเสื่อมมาก รวมทั้งโรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้น หรือควบคุมไม่ได้จึงทำให้ผู้ดูแลมีร่างกายทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้^{14,19,20,22}

จากการใช้โปรแกรมการรับรู้ตามความเป็นจริงในการกระตุ้นการรู้คิดมีผลทำให้การรับรู้ในเรื่องการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจลดลง ทำให้ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และระยะเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งจากปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด²³ การกระตุ้นการรับรู้วันเวลาสถานที่ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นหน้าที่ด้านการรู้คิดให้ครอบคลุมสอดคล้องกับทฤษฎีการกระตุ้นการรู้คิดบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการที่นำมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นทฤษฎีที่นำแนวคิดด้านการรับรู้ตามความเป็นจริงและการกระตุ้นการรู้คิด มาผสมผสานกัน ในการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมฝึกสมองต่อหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของการรู้คิด พบว่าคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ด้านการรู้คิดระหว่างระยะก่อนทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ด้านการรู้คิดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดในชุมชน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความจำภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 1- 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²⁵ และยังสอดคล้องกับจากการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความจำ ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{1,24}, 25.95 = 7.84, p < .01$)²⁶

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดรวมกับการรักษาด้วยยา สูงกว่าผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองทันที และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นการกระตุ้นความทรงจำอย่างต่อเนื่อง โดยการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับวันเวลาสถานที่ บุคคล พฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก

เข้าใจสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเข้าไปซ้ำมา อีกทั้งช่วยกระตุ้นเรื่องการทํากิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามความเหมาะสม⁹ ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อลดอาการสับสน การสูญเสียความทรงจำ และปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการรับรู้และความทรงจำแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลที่สำคัญ เช่น เวลา บุคคล และสถานที่²⁷ ดังนั้นในปัจจุบัน จึงมีการนำเรื่องการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงมาใช้มากขึ้นโดยเฉพาะกับผู้ป่วยสมองเสื่อม²⁸ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่า เนื่องจากเคยปฏิบัติอย่างไรก็ปฏิบัติเช่นเดิม ผลการศึกษาไม่ว่าจะเป็นก่อน-หลังหรือเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลจึงมีผลไม่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอยางซัย จังหวัดเชียงราย คณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและผู้ดูแลหลัก จังหวัดเชียงราย ในการเข้าร่วมโปรแกรม และรวบรวมข้อมูล ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในงานผู้สูงอายุ และงานสุขภาพจิตที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร และในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการงานผู้สูงอายุ และงานสุขภาพจิต จังหวัดเชียงราย

2. งานผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิตควรสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้เรียนรู้การใช้โปรแกรม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อลดภาระเรื่องการดูแลของญาติ/ผู้ดูแล
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาการศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้โปรแกรมต่อเนื่อง ซึ่งอาจเห็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะสิ้นสุดการติดตามที่ชัดเจนขึ้น

2. การนำโปรแกรมไปศึกษาในวัยทำงานที่มีปัญหาสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าปัจจุบันมีการพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Rates%20of%20dementia,and%20139%20million%20in%202050>
2. Cao Q, Tan CC, Xu W, Hu H, Cao XP, Dong Q, et al. The prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. JAD 2020; 73(3): 1157-66.
3. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for

- the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health 2022; 7(2): e105-25.
4. Prince M, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu YT. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther* 2016; 8: 1-13.
 5. ภาณุวิทย์ อนันต์ติลภฤทธิ. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564; 15(17): 392-8.
 6. Huang SS, Wang WF, Liao YC. Severity and prevalence of behavioral and psychological symptoms among patients of different dementia stages in Taiwan. *Rev Psiquiatr Clin* 2017; 44: 89-93.
 7. Chiu HY, Chen PY, Chen YT, Huang HC. Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2018; 86: 20-8.
 8. Metitieri T, Zanetti O, Geroldi C, Frisoni GB, De Leo D, Buono MD, et al. Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15(5): 471-8.
 9. Camargo CH, Ladeira MA, Serpa RA, Jobbins VA, Filho CR, Welling LC, et al. The effectiveness of reality orientation therapy in the treatment of Parkinson disease dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2019; 34(2): 124-30.
 10. Calabrese CM, Calabrese MC, Calabrese CM. The rehabilitation of the elderly in cognitive difficult: an integrated vision. *Reality Orientation Therapy (R.O.T.) and the "caring" of relationship of diade elderly-care-giver. J Clin Psychiatry Cog Psychol* 2018; 2(2): 1-4.
 11. Maggio MG, De Domenico C, Manuli A, Latella D, Marra A, La Rosa G, et al. Alzheimer café: toward bridging the gap between cure and care in patients with dementia. *International Journal of Neuroscience* 2023; 133(9): 1024-30.
 12. World Health Organization. . WHOQOL : measuring quality of life.1997. [cited 2024 Apr 11].Availablefrom:<https://iris.who.int/handle/10665/63482>
 - 13.กรมสุขภาพจิต.เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย; 2559.[เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
 14. ศิริพันธุ์ สาสัตย์.การพยาบาลผู้สูงอายุ:ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
 15. ชาลินี สุวรรณยศ, ดาราวรรณ ตะปินดา. การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563; 34(2): 1-17.
 16. ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ ปิติพร สิริทิพาการ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563; 38(2), 63-72)
 17. Spector, A., Orrel, M., Davies, S., & Woods, B. Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness form randomized controlled trails. *The Gerontologist* 2000; 40(2), 206-212.

18. สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
- ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ กนกพร สุคำวัง และ ภารดี นานาศิลป์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. พยาบาลสาร. 2561; 45(2), 1-13)
19. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 101-10.
20. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
21. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ: รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
22. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561; 4(3): 28-35.
23. ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์, วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2565; 15(2): 26-40.
24. สุภัทรา จันท์คำ. ผลของโปรแกรมฝึกสมองต่อหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของการรู้คิด วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560
25. ปิ่นมณี สุวรรณโมลี. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
26. สาวิตรี จีระยา, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทิส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(2): 30-9.
27. Department of Health , The Government of Health Hong Kong Special Administrative Regions; 2022.
28. Panerai, S., Raggi, A., Tasca, D., Musso, S., Gelardi, D., Prestianni, G., ... & Ferri, R.. Telephone-based reality orientation therapy for patients with dementia: A pilot study during the COVID-19 outbreak. The American Journal of Occupational Therapy 2021;75(2)