



## Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

|           |                |           |                |
|-----------|----------------|-----------|----------------|
| Supranee  | Suwanteerakit* | สุปราณี   | สุวรรณธีระกิจ* |
| Chalineee | Suvanayos**    | ชาลิณี    | สุวรรณยศ**     |
| Sakaorat  | Thepprasong*** | สกาอรัตน์ | เทพประสงค์***  |

### Abstract

Dementia is a syndrome characterized by a decline in brain function, leading to impairments in thought and memory, as well as behavioral, emotional, and psychological issues. It is highly prevalent among older adults and often results in continuous dependence on caregivers, which can lead to feelings of burden for those providing care. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an online caregiving preparedness program for caring of elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia on caregiving burden among caregivers. The participants were 56 caregivers of older adults with dementia who were receiving outpatient care at Suanprung Hospital. They were randomly assigned to either an experimental group (n=28), which received an online preparatory caregiving program, or a control group (n=28), which received routine nursing care. The research instruments included: 1) an online caregiving preparedness program for caring of elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia; 2) a personal information questionnaire; and 3) a dementia caregiver burden assessment tool. Content validity and reliability of the research instruments were approved. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, repeated measures ANOVA, and one-way repeated measures ANOVA.

The results showed that: 1) the mean caregiver burden scores of the experimental group at three time points—pre-intervention, immediately post-intervention, and at one-month follow-up—were significantly different ( $F = 2810.98, p < .001$ ); and 2) the experimental group had significantly lower caregiver burden scores compared to the control group at both the post-intervention and one-month follow-up stages ( $p < .001$ ).

The findings of this study show that the online preparatory caregiving program for older adults with dementia who exhibit behavioral and psychological symptoms effectively reduces caregiver burden. Therefore, it is recommended that this program be implemented more broadly to support caregivers of older adults with dementia.

**Keywords:** Caregiving preparedness; Behavioral and psychological symptoms; Caregivers of elderly with dementia; Online program; Caregiving burden

\* Registered Nurse, Senior Professional Level; Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province

\*\* Corresponding author, Assistant Professor; Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: chalineee.s@cmu.ac.th

\*\*\* Registered Nurse, Professional Level; Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province

Received 20 June 2025; Revised 31 August 2025; Accepted 3 September 2025



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

### บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมถอยในการทำงานของสมอง ทำให้เกิดการบกพร่องในด้านของความคิด ความจำ และเกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ พบมากในผู้สูงอายุ ภาวะนี้ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดความรู้สึกรับภาระแก่ผู้ดูแลได้ การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแล และกลุ่มควบคุม 28 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบประเมินภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-tests สถิติ repeated measures ANOVA และ one-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 2810.98, p < .001$ ) และ 2) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมหาดังกล่าวนี้นำมาใช้เพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

**คำสำคัญ:** การเตรียมความพร้อมในการดูแล ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โปรแกรมออนไลน์ ภาระในการดูแล

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง

\*\* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อการภาระในการดูแลของผู้ดูแล

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกที่สำคัญและเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว (2024 Alzheimer's disease facts and figures, 2024) ปัจจุบัน ทั่วโลกมีความชุกของโรคสมองเสื่อมสูงถึง 50 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีเพิ่มมากขึ้นเป็น 78 ล้านคน ภายในปี 2030 และ 139 ล้านคน ในปี 2050 (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทย พบการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย โดยช่วงอายุ 60-69 ปี, อายุ 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 7.1, 14.5, และ 32.5 ตามลำดับ และจากจำนวนดังกล่าวมีจำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 60.2, 59.8 และ 60.1 ตามลำดับ (Srisuwan, 2020)

กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองไม่ได้ จึงเกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและจิตใจ (Behavioral and Psychological of Dementia; BPSD) ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว หลงผิด หูแว่ว ซึมเศร้า เฉยเมย หลงทาง ไม่รับประทานอาหาร และนอนไม่เป็นเวลา (Sittironrith, 2011) และปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย ส่วนใหญ่พบว่า มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการใช้ห้องน้ำ เป็นต้น ส่วนใหญ่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ซึ่งอาจจะต้องการการดูแลตลอด 24 ชม. (Sornchai et al., 2020)

จากปัญหาจากการดูแลดังกล่าว ส่งผลทางลบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ซาริท และคณะ (Zarit et al., 1980) ได้แบ่งผลกระทบจากการดูแลออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย จากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถบอกความต้องการหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีการปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด มีปัญหาในการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ 2) ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะเกิดความเครียด (Suvanayos & Thapinta, 2020) จากการทำหน้าที่หนักเกินไป ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ซึ่งเป็นภาวะที่หนักมากสำหรับผู้ดูแล ทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวังและมีภาวะซึมเศร้า (Wongsaree & Pintong, 2018) 3) ผลกระทบด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชม. ต่อวัน ทำให้ขาดการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนและคนอื่น ๆ ถูกตัดขาดจากสังคมภายนอก และการที่ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอาย เมื่อมีเพื่อนมาเยี่ยมที่บ้าน นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจไม่มีเวลาให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (Noimongkol et al., 2017) 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถออกไปหารายได้ ต้องออกจากงานประจำจนสูญเสียรายได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระอย่างมาก (Suvanayos & Thapinta, 2018)

ภาระในการดูแล เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกต่อบทบาทที่รับผิดชอบว่ามีผลกระทบต่อตนเองและผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีความยากลำบากในการทำหน้าที่การดูแล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ ซาริท (Zarit, 2008) ซึ่งอธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ทักษะการดูแลผู้ป่วย ความพร้อมของผู้ดูแล ความรู้ที่ถูกต้องของผู้ดูแลในเรื่องโรคของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความยาวนานและความรุนแรงของโรค ดังนั้น การจัดเตรียมความพร้อมในการดูแลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งในเรื่องของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค การเรียนรู้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงแหล่งที่จะช่วยเหลือจะช่วยให้รู้สึกลดความคับข้องใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ตนเอง



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

อารมณ์มั่นคง มีแนวทางในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้เป็นระยะ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกล้นเกินเป็นภาระของผู้ดูแล ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Suvanayos & Thapinta, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมเตรียมความพร้อมและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อลดภาระในการดูแล ในประเทศไต้หวัน มีการศึกษาของ หวง และคณะ (Huang et al., 2003) พบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลแบบ face to face ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลได้ และการศึกษาของ ดูชาร์ม และคณะ (Ducharme et al., 2011) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบ face to face พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและรับรู้บทบาทของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสม มีความรู้ในการหาแหล่งช่วยเหลือ และผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาและอารมณ์ของตนเองได้

ในประเทศไทยพบว่า มีเพียงการศึกษาของ ศิริวรรณ คณะนอก (Kananok, 2008) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมแบบ face to face ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดของ สจวต และ อาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold, 1986) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอนให้ผู้ดูแลได้เห็นความสำคัญของตนเองในบทบาทผู้ดูแล เน้นให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยความพร้อมในการดูแลทั้งหมด 8 ด้าน คือ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลตนเองและผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการเหตุฉุกเฉิน 7) ความพร้อมเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ 8) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม โปรแกรมนี้ทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแล มีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทุกรูปแบบและมีการปรับรูปแบบการให้บริการที่หลากหลาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดแบบออนไลน์ทั้งในและต่างประเทศพบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดพฤติกรรมแบบออนไลน์กับครอบครัวผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม สามารถลดความรุนแรงของอาการ BPSD และความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับอาการ BPSD ในผู้ดูแลได้ (Dam et al., 2017) และจากผลการศึกษาของ พอสซิน และคณะ (Possin et al., 2019) แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมผ่านโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าและลดภาระของผู้ดูแลได้ อีกทั้งพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยรูปแบบการทำงานร่วมกันผ่านระบบโทรเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับการลดลงของค่าใช้จ่ายรวมด้านการดูแลสุขภาพ และสามารถลดภาระและความซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ (Guterman et al., 2023)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มสนับสนุนทางสังคมออนไลน์สำหรับผู้ดูแลสมองเสื่อมสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น (Dam et al., 2017) รวมทั้งการศึกษาของ ศิริมา สมตัน (Somton, 2017) ที่พบว่า การบำบัดรูปแบบออนไลน์ให้ผลการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ โดยสรุปพบว่า โปรแกรมออนไลน์ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ดูแลได้อย่างกว้างขวางและไม่จำกัดสถานที่ ทำให้สามารถให้คำปรึกษาและข้อมูลที่จำเป็นได้ทันที อีกทั้งยังเป็นช่องทางให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยลดภาระทางอารมณ์และความรู้สึกโดดเดี่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมของ ศิริวรรณ คะเนนอก (Kananok, 2008) เป็นรูปแบบออนไลน์แทนการบำบัดแบบ face to face โดยการนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ เรียนรู้ได้ตามเวลาที่สะดวก สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้บำบัด ผ่านการพูดคุย สอบถาม สามารถให้คำแนะนำและคำปรึกษาได้ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้โปรแกรมซูม (Zoom Cloud Meeting) ในการบำบัดออนไลน์เพราะเป็นโปรแกรมที่มีการใช้งานง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีข้อดีที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการร่วมกลุ่มบำบัดได้ทุกสถานที่และทุกเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกปัจจุบันและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเพิ่มทางเลือกในการบำบัดรูปแบบใหม่ที่สามารถนำไปเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลทำให้ลดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจลดลง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เมื่อเทียบกับระยะก่อนทดลอง
2. คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของ สจวต และ อาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold, 1986) ที่กล่าวว่า ความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ตลอดจนการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยความพร้อมในการดูแลทั้งหมด 8 ด้าน คือ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ 3) ความพร้อมในการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลตนเองและผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการเหตุฉุกเฉิน 7) ความพร้อมเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และ 8) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทั้ง 8 ด้านนี้ จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลในรูปแบบออนไลน์บำบัดแบบรายบุคคล เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับและเข้าใจบทบาทของผู้ดูแลสามารถจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการดูแลและส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two groups pretest-posttest & follow-up design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลในสังกัด กรมสุขภาพจิต โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 ซึ่ง ลงรหัสการวินิจฉัย G. 30.0 หรือ G. 30.1 และ F.00.0 หรือ F.00.1

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง โดยมี คุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 ซึ่งลงรหัสการวินิจฉัย G. 30.0 หรือ G. 30.1 และ F.00.0 หรือ F.00.1, 2) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการ BPSD ตามแบบประเมิน NPIQ อย่างน้อย 1 ข้อ ระดับความรุนแรง 1-2, 3) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคะแนนภาระในการดูแล 41-88 คะแนน ซึ่งเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง ถึงมาก 4) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน และการมองเห็น 5) สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ และโปรแกรมซูมได้ หากไม่มีหรือใช้ไม่เป็น ยินดีให้ผู้วิจัยสอน การใช้อย่างละเอียด และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการบำบัด

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ผู้ดูแลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายไม่คงที่ ต้องได้รับการดูแล ใกล้ชิด

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuous criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการสมองเสื่อม รุนแรงขึ้น ประเมินจากแบบประเมิน NPIQ ระดับความรุนแรง เท่ากับ 3, 2) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเจ็บป่วย ด้วยโรคทางกายรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการ เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากการวิเคราะห์โปรแกรม G \* Power อำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ใช้ขนาดอิทธิพลที่ระดับ 0.8 ซึ่งคำนวณได้จากการศึกษาของ ศิริวรรณ คณะนอก (Kananok, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายหรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน รวมกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 56 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ซึ่งพัฒนาโดย ซาริท และ ซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชัญญ- ชิตาเดช ภูลศิริ และคณะ (Toonsiri et al., 2011) ซึ่งพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎี ของ ซาริท (Zarit, 2008) มีจำนวน 22 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งใน ตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-88 คะแนน โดยคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

คะแนน 21–40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อยถึงปานกลาง คะแนน 41–60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลาง ถึงมาก คะแนน 61–88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก แบบวัดนี้มีค่า Content Validity Index (CVI) = 0.97

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจผ่าน โปรแกรมซูม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก โปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของ ศิริวรรณ คเนนออก (Kananok, 2008) ซึ่งเป็นแบบ face to face ทุกครั้ง ได้ปรับมาเป็นกิจกรรมแผนการสอน 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ การบำบัดในครั้งที่ 1 ให้การบำบัดแบบเจอกัน (face to face) และ ครั้งต่อไปอีก 5 ครั้ง เป็นรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรมซูม (Zoom Cloud Meeting) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ของ สจ๊วต และ อาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold, 1986) ครอบคลุมความพร้อมในการดูแลทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการดูแลด้านการ ให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลช่วยเหลือ 4) ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดและภาระที่ เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความ พร้อมในการดูแลด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน 7) ความพร้อมในการดูแลด้านการขอความช่วยเหลือและ ข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ 8) ความพร้อมในการดูแลโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 โปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ภายหลัง ได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุง แล้วนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความ เข้าใจพบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

1.2 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้สึกรับเป็น ภาระ (Zarit Burden Interview) ซึ่งพัฒนาโดย ซาริท และ ซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (Toonsiri et al., 2011) แบบวัดนี้มีค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.97 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

#### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบประเมินภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้สึกรับเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) ซึ่งพัฒนาโดย ซาริท และ ซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ (Toonsiri et al., 2011) ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92 ผู้วิจัยได้นำไป ทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่โรงพยาบาลสวนปรุง แล้วนำมาคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า ความเชื่อมั่น 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง กรม- สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2566 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่ม ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยบันทึกข้อมูลและเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยข้อมูลที่บันทึกและนำเสนอไม่แบ่งชี้ถึงลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

#### 1. ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยร่วมชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยร่วมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอม (informed consent) หลังจากนั้น ผู้วิจัยร่วมจับฉลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้น ให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินภาระในการดูแล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาระในการดูแลระดับปานกลางถึงระดับมาก (41–60 คะแนน)

#### 2. ขั้นระหว่างการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมแบบออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผ่านโปรแกรมซูม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที การบำบัดในครั้งที่ 1 ให้การบำบัดแบบเจอกัน (face to face) และครั้งต่อไปอีก 5 ครั้ง เป็นรูปแบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรมซูม หลังสิ้นสุดโปรแกรม ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาระในการดูแล

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การพูดคุยให้ความรู้และแจกแผ่นพับวิธีการผ่อนคลายความเครียด และได้รับการประเมินความเครียดเมื่อพบว่า มีความเครียดสูงจะดำเนินการส่งไปพบนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ต่อไป และทำแบบประเมินภาระในการดูแลในสัปดาห์ที่ 6

#### 3. ขั้นภายหลังการทดลอง

3.1 หลังการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาระในการดูแล โดยผู้วิจัยจัดส่งเอกสารให้ไปตอบที่บ้านและส่งกลับมาทางไปรษณีย์ หรือนัดหมายมาพบที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง

3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย วิเคราะห์ผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแล



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ของผู้ดูแล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ two-way ANOVA with repeated measure พบว่า มีความแตกต่างอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบค่า Post Hoc เพื่อดูความแตกต่างในแต่ละระยะเวลา

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมฯ (กลุ่มทดลอง) และภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้ one-way ANOVA with repeated measure พบว่า มีความแตกต่างอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบค่า Post Hoc เพื่อดูความแตกต่างในแต่ละระยะเวลา

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ บุตร ร้อยละ 57.14 และ 53.57 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 46.43 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 57.14 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.71 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.14 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 71.43 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 57.14 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 32.14 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 39.29 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 53.57 และ 67.86 ตามลำดับ จากการทดสอบความแตกต่างส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

**ส่วนที่ 2** คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะก่อน ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง สูงกว่าระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน คือ 75.79, 35.61 และ 34.07 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน คือ 75.25, 74.82 และ 74.43 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม | กลุ่มทดลอง (n = 28) |      | กลุ่มควบคุม (n = 28) |      |
|--------------------------------------------------|---------------------|------|----------------------|------|
|                                                  | M                   | SD   | M                    | SD   |
| ระยะก่อนการทดลอง                                 | 75.79               | 3.45 | 75.25                | 2.26 |
| ระยะหลังการทดลองทันที                            | 35.61               | 1.79 | 74.82                | 2.71 |
| ระยะติดตามผล 1 เดือน                             | 34.07               | 2.18 | 74.43                | 2.43 |

**ส่วนที่ 3** คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ข้อมูล                                           | Mean (SD)    | t     | P-value |
|--------------------------------------------------|--------------|-------|---------|
| คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม |              | 0.688 | 0.494   |
| กลุ่มทดลอง                                       | 75.79 (3.45) |       |         |
| กลุ่มควบคุม                                      | 75.25 (2.26) |       |         |

ส่วนที่ 4 คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| แหล่งความแปรปรวน   | SS        | df | MS        | F        | P-value   |
|--------------------|-----------|----|-----------|----------|-----------|
| กลุ่มทดลอง         |           |    |           |          |           |
| คะแนนภาระในการดูแล |           |    |           |          |           |
| ภายในกลุ่ม         | 31329.738 | 2  | 15664.869 | 2810.976 | <0.001*** |
| ความคลาดเคลื่อน    | 300.929   | 54 | 5.573     |          |           |
| กลุ่มควบคุม        |           |    |           |          |           |
| คะแนนภาระในการดูแล |           |    |           |          |           |
| ภายในกลุ่ม         | 9.452     | 2  | 4.726     | 1.268    | 0.290     |
| ความคลาดเคลื่อน    | 201.214   | 54 | 3.726     |          |           |

หมายเหตุ: \*\*\* $p < .001$

## การอภิปรายผล

การวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) 2) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ทั้งในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองพบว่า อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องซ้ำ ๆ อย่างไม่สิ้นสุด และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ประกอบกับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.17) ส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 57.14) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.43) ต้องปฏิบัติหน้าที่หลายบทบาท ทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วย บุตร



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

สามิ-ภรรยา ตลอดจนการดูแลภายในบ้าน ทำให้รับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับสูง

เมื่อกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมฯ ตามขั้นตอนของ สจวต และ อาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold, 1986) 8 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น ด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การขับถ่ายและด้านอื่น ๆ ขั้นตอนที่ 2 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์และพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพและการจัดหาแหล่งในการดูแล ขั้นตอนที่ 4 ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดและภาระที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล (ลงมือปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียด) ขั้นตอนที่ 5 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ขั้นตอนที่ 6 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ขั้นตอนที่ 7 ความพร้อมในด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 8 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยรวม

จากโปรแกรมเตรียมความพร้อม 8 ขั้นตอนนี้ ช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะรอบด้านแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการสอนวิธีจัดการกับความเครียดและสร้างเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและสามารถดูแลตนเองควบคู่ไปกับการดูแลผู้อื่นได้อย่างสมดุลในระยะยาว และสำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น ถึงแม้จะไม่ได้รับโปรแกรมแต่ได้รับการพูดคุยให้ความรู้และแจกแผ่นพับวิธีการผ่อนคลายความเครียดและได้รับการประเมินความเครียดซึ่งอาจทำให้คะแนนภาระการดูแลลดลงด้วยแต่ไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลฯ มีข้อดีที่สำคัญกว่าแบบ face-to-face คือ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความยืดหยุ่น ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จากทุกที่ ทุกเวลา ทำให้ไม่ถูกจำกัดด้วยปัญหาการเดินทางหรือเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วย และผลการวิจัยยังยืนยันว่าโปรแกรมออนไลน์มีประสิทธิภาพ ในการลดภาระการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลและสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมได้สะดวกยิ่งขึ้นอีกด้วย ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการบำบัดและเรียนรู้จากกิจกรรมในโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแบบออนไลน์ได้มีการฝึกทำใบงาน ฝึกปฏิบัติ ทบทวนความรู้ร่วมกับผู้บำบัดก่อนการนัดหมายครั้งต่อไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สามารถประเมินความรุนแรงของปัญหาได้ รู้บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลมากขึ้น และในส่วนของโปรแกรมมีการฝึกปฏิบัติ การจัดการความเครียดระหว่างดูแลด้วยตัวเอง ลดผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจลดลงได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาร์วธ และคณะ (Harvath et al., 1994) ที่ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเรื่องความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล ซึ่งทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลสูง จะทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้ การเตรียมความพร้อมที่ดี จะทำให้สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลได้อย่างถูกต้อง ไม่รู้สึกเครียดจากการดูแล มีความสามารถในการปรับตัวและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ยอมรับและทำหน้าที่ของตนเองได้ (Yohuang, 2007) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พอสซิน และคณะ (Possin et al., 2019) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมผ่านโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ อีกทั้งพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยรูปแบบการทำงานร่วมกันผ่านระบบโทรเวชกรรมสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้ (Guterman et al., 2023)



ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น ได้ลงมือฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับผู้บำบัดระหว่างการดูแลจากโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม มีผลให้ความเครียด ความกังวลจากการดูแลลดลง ส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลงไปด้วย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจไปใช้ โดยพยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ รวมทั้งมีทักษะการบำบัดรายบุคคล เพื่อให้สามารถให้การบำบัดตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรนำโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ เป็นทางเลือกในการบำบัดรูปแบบใหม่ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ญาติหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวัดผลของโปรแกรมในระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น เช่น 6 เดือน-12 เดือน เพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว
2. ควรศึกษาผลโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ สำหรับผู้ป่วยใน ญาติหรือผู้ดูแลหลัก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรูปแบบออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น เช่น โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเนื่องจากความผิดปกติทางสมอง เป็นต้น
4. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจเพื่อลดภาระการดูแลแบบออนไลน์ ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น รูปแบบแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง บุคลากรและกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ช่วยให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### References

- 2024 Alzheimer's disease facts and figures. (2024). *Alzheimer's & Dementia*, 20(5), 3708-3821.  
<https://doi.org/10.1002/alz.13809>
- Dam, A. E. H., van Boxtel, M. P. J., Rozendaal, N., Verhey, F. R. J., & de Vugt, M. E. (2017). Development and feasibility of in life: A pilot study of an online social support intervention for informal caregivers of people with dementia. *PLOS ONE*, 12(9), e0183386.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183386>



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อการระในการดูแลของผู้ดูแล

- Ducharme, F. C., Lévesque, L. L., Lachance, L. M., Kergoat, M. J., Legault, A. J., Beaudet, L. M., & Zarit, S. H. (2011). "Learning to become a family caregiver": Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *The Gerontologist*, 51(4), 484–494. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr014>
- Guterman, E. L., Kiekhofer, R. E., Wood, A. J., Allen, I. E., Kahn, J. G., Dulaney, S., Merrilees, J. J., Lee, K., Chiong, W., Bonasera, S. J., Braley, T. L., Hunt, L. J., Harrison, K. L., Miller, B. L., & Possin, K. L. (2023). Care ecosystem collaborative model and health care costs in Medicare beneficiaries with dementia: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 183(11), 1222–1228. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.4764>
- Harvath, T. A., Archbold, P. G., Stewart, B. J., Gadow, S., Kirschling, J. M., Miller, L., Hagan, J., Brody, K., & Schook, J. (1994). Establishing partnerships with family caregivers: Local and cosmopolitan knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(2), 29–35. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19940201-07>
- Huang, H. L., Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., Chen, S. T., & Lin, L. C. (2003). A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 337–345. <https://doi.org/10.1002/gps.835>
- Kananok, S. (2008). *Effect of dementia caregiving preparedness program on caregiving burden among caregivers at Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province* [Unpublished master's thesis], Chiang Mai University. (in Thai)
- Noimongkol, S., Sombuntanon, W., & Lilehakul, V. (2017). Selected factors related to resilience in family caregivers of older adults with dementia. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1), 85–98. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/84970/67692> (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott.
- Possin, K. L., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Bonasera, S. J., Chiong, W., Lee, K., Hooper, S. M., Allen, I. E., Braley, T., Bernstein, A., Rosa, T. D., Harrison, K., Begert-Hellings, H., Kornak, J., Kahn, J. G., Naasan, G., Lanata, S., Clark, A. M., Chodos, A., ... Miller, B. L. (2019). Effect of collaborative dementia care via telephone and internet on quality of life, caregiver well-being, and health care use: The care ecosystem randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 179(12), 1658–1667. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4101>
- Sittironrith, K. (2011). Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): Concept and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4), 449–462. <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/56-4/11-Gobhathai.pdf> (in Thai)
- Somton, S. (2017). *The effect of psychoeducation combined with social media program on symptom severity of patients with bipolar disorder* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/1607> (in Thai)



# Effect of an Online Caregiving Preparedness Program for Caring of Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiving Burden Among Caregivers

## ผลของโปรแกรมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

- Sornchai, C., Powwattana, A., & Kerdmongkol, P. (2020). Factors related to depression of caregivers of older adults with dementia. *Journal of Public Health Nursing*, 34(2), 65–83.
- Srisuwan, P. (2020). Dementia-friendly environment at home. *Journal of Primary Care Services and Family Medicine*, 3(3), 11–20. (in Thai)
- Stewart, B. J., & Archbold, P.G. (1986). *New measures of concepts central to and understanding of a caregiving* [Unpublished manuscript]. School of Nursing, Oregon Health Sciences University.
- Suvanayos, C., & Thapinta, D. (2018). Role of nurse in decreasing caregiving burden with dementia patients. *Nursing Journal*, 45(4), 229–239.
- Suvanayos, C., & Thapinta, D. (2020). Reducing stress in caregivers of persons with dementia. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(2), 1–17. (in Thai)
- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing Education*, 4(1), 62–75. (in Thai)
- Wongsaree, C., & Pintong, S. (2018). Dementia syndrome in the elderly: Nursing care and caring for relatives caregivers. *HCU Journal of Health Sciences*, 22(43–44), 166–179. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/146873/117323> (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://iris.who.int/handle/10665/344701>
- Yohuang, D. (2007). *Effect of the caregiving preparedness program on reducing stress among caregivers of children with delayed developmental at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanuloke Province* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, 89, 101–106.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. Pennsylvania State University.