

การพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่บ้าน

ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา, ประ.ด.*

รวราวุฒิ มหามิตร, ศ.ด.*¹

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ที่แกนนำครอบครัวขาดศักยภาพในการเฝ้าระวังและดูแล การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการของแกนนำครอบครัว 2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 306 คน แกนนำครอบครัว 35 คน และผู้เกี่ยวข้อง 43 คน รูปแบบพัฒนาผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรม ประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิค Nominal Group Technique และการศึกษานำร่อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และ Paired t-test

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 31.7 สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม แกนนำครอบครัวมีความรู้ระดับต่ำ ทักษะคิดเชิงลบ และทักษะต้องอบรม ระยะที่ 2 พัฒนานวัตกรรม 4C Model ประกอบด้วย (C1) Cognitive and Attitudinal Foundation (C2) Comprehensive Surveillance (C3) Competency-based Caregiving และ (C4) Connected Community through Technology จัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ โดยบูรณาการการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้เทคโนโลยีท้องถิ่น และการดูแลผู้ดูแล ระยะที่ 3 พบว่าแกนนำครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น 7.74 คะแนน (95% CI: 6.74, 8.73; d=2.66) ทักษะคิดเพิ่มขึ้น 1.49 คะแนน (95% CI: 1.23, 1.75; d=1.93) และทักษะเพิ่มขึ้น 1.61 คะแนน (95% CI: 1.34, 1.88; d=2.05) ทักษะคงอยู่ในระดับดีหลัง 3 เดือน และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจร้อยละ 100

การวิจัยนี้ได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าสนใจในการพัฒนานวัตกรรม 4C Model ที่มีขนาดอิทธิพลสูงมาก (d=1.93-2.66) เหนือกว่าการศึกษาอื่น 2-5 เท่า มีความยั่งยืนและได้รับการยอมรับสูง นวัตกรรมนี้สามารถเป็นต้นแบบการพัฒนา นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระดับครอบครัวและชุมชน ช่วยลดภาระระบบสาธารณสุข และสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม, แกนนำครอบครัว, การเฝ้าระวัง, ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: รวราวุฒิ มหามิตร, E-mail: mahamit.m9@gmail.com

The development of the potential of family leaders in dementia surveillance among the home elderly

Sakchai Pattra, PhD.*

Warawut Mahamit, Dr.P.H.*¹

Abstract

Dementia is a critical public health issue severely impacting families of the elderly, particularly in Na Fai Subdistrict, Chaiyaphum Province, where family leaders lack capacity for surveillance and care. This research aimed to 1) investigate the situation and needs of family leaders 2) develop a capacity-building model, and 3) implement the model. The sample comprised 306 elderly persons, 35 family leaders, and 43 stakeholders. The model was developed through literature review, expert seminars using Nominal Group Technique, and pilot studies. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test.

Phase 1 results revealed that 31.7% of elderly participants were suspected of having dementia, with family leaders having low knowledge, negative attitudes, and requiring skills training. Phase 2 developed the innovative 4C Model comprising (C1) Cognitive and Attitudinal Foundation, (C2) Comprehensive Surveillance, (C3) Competency-based Caregiving, and (C4) Connected Community through Technology. The 8-week program integrated peer learning, local technology utilization, and caregiver support. Phase 3 demonstrated significant improvements with knowledge increasing by 7.74 points (95% CI: 6.74, 8.73, $d=2.66$), attitudes improving by 1.49 points (95% CI: 1.23, 1.75, $d=1.93$), and skills enhancing by 1.61 points (95% CI: 1.34, 1.88, $d=2.05$). Skills remained at good levels after 3 months, with 100% stakeholder satisfaction.

This research yielded highly satisfactory results in the development of the 4C Model innovation, demonstrating a very large effect size ($d=1.93-2.66$), which is 2 to 5 times greater than previous studies. Characterized by high sustainability and widespread acceptance, this innovation serves as a model for policy development in family and community-based elderly care. It effectively reduces the burden on the public health system while fostering a sustainable healthcare network.

Keywords : Dementia, Family Leaders, Surveillance, Elderly

* Lecturer of Faculty of Arts and Science, Chaiyaphum Rajabhat University

¹ Corresponding author: Warawut Mahamit, E-mail: mahamit.m9@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานในปี 2023 ว่า มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 139 ล้านคนภายในปี 2593⁽¹⁾ จากรายงานของ Lancet Commission ชี้ว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลระดับโลกสูงถึง 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และร้อยละ 40-75 ของผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าและความเครียดเรื้อรัง⁽²⁾ ในประเทศไทย มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประมาณ 600,000-800,000 คน หรือร้อยละ 8-10 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽³⁾ ในบริบทเอเชีย ภาระการดูแลตกอยู่กับครอบครัวเกือบทั้งหมด แต่ส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม⁽⁴⁾ ขณะที่จังหวัดชัยภูมิรายงานว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ⁽⁵⁾ และพบว่าระบบการดูแลในชุมชนยังมีช่องว่างมาก โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรและการเข้าถึงบริการที่จำกัด⁽⁶⁾

โดยเฉพาะในตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ สถานการณ์มีความน่าเป็นห่วง ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝายแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 50 คนในปี 2562 เป็น 72 คนในปี 2564 คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 44⁽⁷⁾ ในขณะที่ระบบ คัดกรองในชุมชนยังมีน้อย และแกนนำครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักขาดความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนที่เพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1)

การดำเนินงานส่วนใหญ่เน้นบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ไม่สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง 2) มุ่งเน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ขาดการพัฒนาทักษะปฏิบัติและการสนับสนุนทางจิตใจสำหรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแล⁽⁸⁾ และ 3) ยังขาดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่ Sani et al.⁽⁹⁾ แสดงให้เห็นว่าการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลที่คุ้นเคยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากสถานการณ์และช่องว่างดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน แนวคิดนี้สอดคล้องกับ WHO Integrated Care Model⁽¹⁰⁾ ที่เน้นการใช้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก และสอดคล้องกับบริบทไทยที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวให้มีความรู้ ทักษะ และเครื่องมือที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถเฝ้าระวังได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดภาระระบบสาธารณสุข และเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบนี้เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ศักยภาพของแกนนำครอบครัวและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมบ้าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร่วมบ้าน
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร่วมบ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร่วมบ้าน ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. แกนนำครอบครัวที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมร่วมบ้าน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าว่าต้องสามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ดี ใช้

โทรศัพท์เคลื่อนที่และแอปพลิเคชันได้ และสมัครใจเข้าร่วม

2. ผู้สูงอายุในตำบลนาฝาย 306 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามตาราง Krejcie และ Morgan⁽¹¹⁾ และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 3 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ระยะนี้เริ่มด้วยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสมองเสื่อม จากนั้นสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8 คน แกนนำครอบครัว 15 คน และผู้ดูแล 15 คน เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการควบคู่กันไป คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 306 คน ด้วยแบบ AMT และจัดเวทีระดมสมอง 2 ครั้ง กับผู้บริหารหน่วยงาน 10 คน และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 15 คน

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบ ระยะนี้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาใช้ในการร่างรูปแบบโดยจัดประชุมสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ 12 คน ประกอบด้วยผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม 3 คน ผู้มีความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุข 3 คน นักวิชาการที่มีความรู้และประสบการณ์ 4 คน และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย 2 คน การประชุมใช้เทคนิค Nominal Group Technique เพื่อระดมความคิดเห็นและออกแบบองค์ประกอบหลัก จากนั้นทดสอบความ

เป็นไปได้ผ่านการศึกษา นำร่องกับแกนนำครอบครัวในตำบลนาเลียว 10 คน และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และประเมินรูปแบบ ระยะนี้ นำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้กับแกนนำครอบครัว 35 คน โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One Group Pretest-Posttest Design)⁽¹²⁾ การประเมินรูปแบบดำเนินการ 2 ส่วน คือ การประเมินความรู้/ทัศนคติ/ทักษะ ซ้ำหลัง 3 เดือนเพื่อตรวจสอบความยั่งยืน และการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง 60 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง, แบบคัดกรอง (Abbreviated Mental Test: AMT) สำหรับผู้สูงอายุ 10 ข้อ, แบบวัดความรู้ (20 ข้อ, KR-20=0.86), แบบวัดทัศนคติ (20 ข้อ, Cronbach's alpha=0.97), แบบวัดทักษะ (20 ข้อ, Cronbach's alpha=0.91) และแบบประเมินความพึงพอใจ (15 ข้อ, Cronbach's alpha=0.81)

รวมทั้งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่พัฒนาขึ้น โดยจัดกิจกรรม 8 ครั้ง ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเสริมสร้างทัศนคติ การพัฒนาทักษะ การสร้างเครือข่ายออนไลน์ และการเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติทดสอบ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะก่อนและ

หลังการทดลอง การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยวิธีสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม ศักยภาพและความต้องการของแกนนำครอบครัว

จากการคัดกรองผู้สูงอายุ 306 คน พบสมรรถภาพสมองปกติร้อยละ 68.3 สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยและสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมรวมกันร้อยละ 31.7 สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ศักยภาพของแกนนำครอบครัวยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา โดยพบว่าร้อยละ 55.5 มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 48.9 มีทัศนคติเชิงลบ และร้อยละ 57.9 มีทักษะที่จำเป็นต้องอบรม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหารหวาน ประวัติทางพันธุกรรม ภาวะเครียด ขาดการออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนน้อย อุปสรรคในการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แกนนำครอบครัวมีภาระหน้าที่หลายด้านพร้อมกัน และขาดความตระหนักในการดูแล

ประเด็นสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนา นวัตกรรมคือความต้องการของแกนนำครอบครัวทั้งหมด (ร้อยละ 100) ที่ต้องการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองอย่างถูกต้อง โดยระบุความต้องการเรียนรู้ 7 หัวข้อหลัก คือ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การ จัดตารางชีวิตให้เป็น Routine การ ปรับ

สภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การส่งเสริมกิจกรรม กระตุ้นสมอง การดูแลโภชนาการ เทคนิคการสื่อสาร และการสร้างความเข้าใจในครอบครัว การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัว

รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการสามเส้า ประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรม 2) การจัดประชุมสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ และ 3) การศึกษานำร่อง การจัดประชุมสัมมนาใช้เทคนิค Nominal Group Technique โดยมีผู้เข้าร่วม 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8 คน และแกนนำครอบครัว 12 คน กระบวนการนำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติ

องค์ประกอบนี้ได้มาจากการที่ผู้เชี่ยวชาญชี้ว่า "ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องอาศัยทั้งความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง" เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนว่า "แกนนำครอบครัวส่วนใหญ่มองว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ จึงไม่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง" ที่ประชุมจึงสรุปว่าต้องบูรณาการการสร้างความรู้และการปรับทัศนคติไปพร้อมกัน โดยเน้นการใช้บุคคลตัวแบบและสื่อมัลติมีเดีย

องค์ประกอบที่ 2 แนวทางการเฝ้าระวังและปรับสภาพแวดล้อม

ผู้เชี่ยวชาญชี้ว่า "การเฝ้าระวังไม่ใช่แค่การสังเกตอาการ แต่ต้องรวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่ลดความเสี่ยงและส่งเสริมการทำงานของสมอง" แกนนำครอบครัวแสดงความกังวลว่า "บ้านเราไม่ได้ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุ เราไม่รู้ว่าควรปรับอะไรบ้าง" การวิเคราะห์นำไปสู่การออกแบบองค์ประกอบที่เน้นทั้งการสอนการสังเกตอาการ การใช้แบบประเมินที่เรียบง่าย และการปรับสภาพแวดล้อมแบบ low-cost high-impact

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทักษะการดูแล

ผู้เชี่ยวชาญเน้นว่า "การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นศิลปะที่ต้องอาศัยทักษะหลากหลาย โดยเฉพาะการสื่อสารและการจัดการพฤติกรรมท้าทาย" แกนนำครอบครัวสะท้อนปัญหาว่า "บางครั้งพ่อแม่พูดซ้ำถามซ้ำเราก็หงุดหงิด บางทีก็ตอบรุนแรงไป" เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสนอว่า "ผู้ดูแลเองก็ต้องได้รับการดูแลด้วย" ที่ประชุมจึงออกแบบองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทักษะการสื่อสาร การจัดการพฤติกรรม การดูแลโภชนาการ และการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 4 การใช้เทคโนโลยีช่วยดูแลและเฝ้าระวัง

ผู้เชี่ยวชาญชี้ว่า "การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลไม่ใช่แค่เครื่องมือ แต่เป็นแพลตฟอร์มที่สร้างเครือข่ายการเรียนรู้และการสนับสนุนที่ยั่งยืน" แกนนำครอบครัวสะท้อนว่า "เราใช้ไลน์อยู่แล้ว

ทุกวัน ถ้ามีกลุ่มที่สามารถถามปัญหาหรือแชร์ประสบการณ์ได้ก็จะดี" ที่ประชุมจึงบูรณาการการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือหลัก

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นนวัตกรรม 4C Model ประกอบด้วย C1: Cognitive and Attitudinal Foundation (การสร้างรากฐานความรู้และทัศนคติ) C2: Comprehensive Surveillance (การเฝ้าระวังอย่างครอบคลุม) C3: Competency-based Caregiving (การดูแลที่อิงทักษะ) และ C4: Connected Community through Technology (ชุมชนที่เชื่อมโยงผ่านเทคโนโลยี)

นวัตกรรมนี้มีลักษณะเฉพาะ 5 ประการ คือ 1) การบูรณาการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติองค์ความรู้ จิตพิสัย และทักษะปฏิบัติ 2) การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้บุคคลตัวแบบจากพื้นที่จริง 3) การปรับประยุกต์เทคโนโลยีท้องถิ่นที่คนในพื้นที่คุ้นเคย 4) การเน้นความยั่งยืนผ่านการติดตามต่อเนื่อง และ 5) การดูแลผู้ดูแลโดยให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้ดูแล การบูรณาการนี้สอดคล้องกับ Self-Efficacy Theory ของ Bandura⁽¹³⁾ ที่เน้นการเรียนรู้ผ่าน 4 ช่องทาง Adult Learning Theory ของ Knowles et al.⁽¹⁴⁾ ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ Social Support Theory ของ Thoits⁽¹⁵⁾ ที่เน้นความสำคัญของเครือข่ายสังคม

จากการศึกษานำร่องกับแกนนำครอบครัว 10 คน พบข้อควรปรับปรุง ได้แก่ ควรใช้เวลาพัก 10 นาที ควรปรับขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น และควรเพิ่มเวลาฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยได้

ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ

การทดลองใช้รูปแบบกับแกนนำครอบครัว 35 คน แสดงประสิทธิผลที่ดีในทุกมิติ ด้านความรู้ พบการเปลี่ยนแปลงสูงสุด โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.26 เป็น 17.97 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 7.74 คะแนน (95% CI: 6.74, 8.73) มีขนาดอิทธิพล $d=2.66$ ซึ่งถือเป็นขนาดใหญ่มาก แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 91.4 มีความรู้เพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ด้านทัศนคติ พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่สำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.30 เป็น 3.71 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 1.49 คะแนน (95% CI: 1.23, 1.75) มีขนาดอิทธิพล $d=1.93$ สะท้อนการเปลี่ยนทัศนคติจากระดับต่ำเป็นระดับสูงได้ร้อยละ 62.8 ด้านทักษะ พบการพัฒนาชัดเจน โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.14 เป็น 3.67 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 1.61 คะแนน (95% CI: 1.34, 1.88) มีขนาดอิทธิพล $d=2.05$ แสดงว่าแกนนำครอบครัวสามารถพัฒนาจนอยู่ในระดับดีได้ร้อยละ 62.8 ดังแสดงใน Figure 1

จุดเด่นของผลวิจัยมี 3 ประการสำคัญ คือ 1) ขนาดอิทธิพลในทุกมิติอยู่ในระดับสูงมาก ในกลุ่มผู้ดูแลที่มักพบขนาดอิทธิพล $d=0.5-1.0$ เท่านั้น 2) ความยั่งยืนของผลลัพธ์ โดยการติดตามหลัง 3 เดือน พบว่าทักษะยังคงอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.70) ใกล้เคียงกับทันทีหลังการทดลอง 3) ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากทั้งหมด (ร้อยละ 100) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)

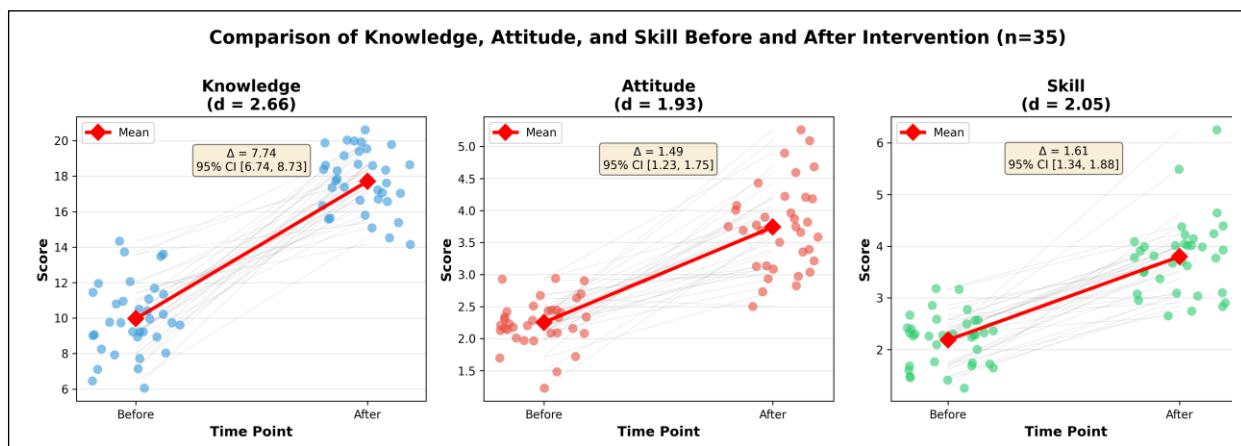


Figure 1: Comparison of knowledge, attitudes, and skills in dementia care and surveillance before and after the implementation of the family leader capacity development model.

อภิปรายและสรุปผล

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร่วมบ้าน ผลการทดลองแสดงให้เห็นประสิทธิผลที่โดดเด่นในหลายมิติ ซึ่งสามารถอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ค่อนข้างสูงในทุกมิติที่วัด

โดยพบว่าความรู้มีขนาดอิทธิพล $d=2.66$ ทักษะ $d=1.93$ และทัศนคติ $d=2.05$ ซึ่งถือเป็นขนาดใหญ่มาก (Very Large Effect) ตามเกณฑ์ของ Cohen เมื่อเปรียบเทียบกับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ทบทวนโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจาก 29 การศึกษา พบว่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยอยู่ที่ $d=0.41-0.68$ เท่านั้น⁽¹⁶⁾ และการศึกษาในเอเชีย รายงานขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลอยู่ที่ $d=0.52-0.89$ ⁽¹⁷⁾ ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ในการวิจัยนี้มีประสิทธิผลสูงกว่าการศึกษาส่วนใหญ่ถึง 2-5 เท่า ความสำเร็จนี้น่าจะเกิดจากการบูรณาการแนวทางหลายมิติอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การสนับสนุนทางสังคม และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยที่ระบุว่าโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จสูงมักมีการบูรณาการหลายองค์ประกอบและใช้ทฤษฎีเป็นพื้นฐาน⁽¹⁸⁾

นวัตกรรม 4C Model

เป็นจุดเด่นของรูปแบบ ซึ่งบูรณาการการสร้างความรู้และทัศนคติ (Cognitive and Attitudinal Foundation) การเฝ้าระวังอย่างครอบคลุม (Comprehensive Surveillance) การดูแลที่อิงทักษะ (Competency-based Caregiving) และชุมชนที่เชื่อมโยงผ่านเทคโนโลยี (Connected Community through Technology) การบูรณาการนี้สอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care Model ที่ WHO แนะนำในปี 2023 สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะ

องค์ประกอบ C4 ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นแพลตฟอร์มเชื่อมโยง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มักใช้เทคโนโลยีเพียงเป็นเครื่องมือเสริม การศึกษาของ de-Moraes-Ribeiro et al.⁽¹⁹⁾ พบว่าการใช้แอปพลิเคชันโซเชียลมีเดียที่คุ้นเคยในการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลมีประสิทธิภาพสูงกว่าการพัฒนาแอปพลิเคชันใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีทักษะดิจิทัลจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ LINE ในการวิจัยนี้ เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคยและใช้อยู่แล้วในชีวิตประจำวัน ประเด็นที่สามคือความยั่งยืนของผลลัพธ์ ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การวิจัยนี้พบว่าทักษะของแกนนำครอบครัวยังคงอยู่ในระดับดีหลังผ่านไป 3 เดือน ($\bar{x}=3.70$) ใกล้เคียงกับทันทีหลังการทดลอง ($\bar{x}=3.67$) แสดงให้เห็นถึงความคงทนของการเรียนรู้ ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่วิเคราะห์ 42 การศึกษา และพบว่าโปรแกรมที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (ongoing support) มีอัตราการคงอยู่ของทักษะสูงกว่าโปรแกรมแบบครั้งเดียวจบถึง 3.2 เท่า⁽²⁰⁾ การออกแบบรูปแบบในการวิจัยนี้ให้มีการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารผ่านกลุ่ม LINE อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างเครือข่ายแกนนำครอบครัวที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยที่เน้นว่าการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁽²⁾

การใช้แนวทาง Peer Learning หรือการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน

โดยใช้บุคคลตัวแบบที่เป็นแกนนำครอบครัวในพื้นที่จริงมาแบ่งปันประสบการณ์ ซึ่งแตกต่างจากโปรแกรมทั่วไปที่ให้ผู้เชี่ยวชาญบรรยายเพียงอย่างเดียว จากการศึกษาของ Noel et al.⁽²¹⁾ พบว่าการเรียนรู้จาก peer educators ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพสูงกว่าการบรรยายจากผู้เชี่ยวชาญ โดยพบว่าผู้เรียนมีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) สูงขึ้นถึงร้อยละ 42 และมีแนวโน้มนำความรู้ไปใช้จริงมากกว่าถึง 2.8 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาในบริบทเอเชียพบว่าการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกันและมาจากชุมชนเดียวกันช่วยลดความรู้สึกลำบากและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾

การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ดูแล (Caring for the Caregiver)

ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในรูปแบบ 4C Model การวิจัยนี้ไม่เพียงมุ่งเน้นที่การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของผู้ดูแลด้วยการศึกษาล่าสุดที่ติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1,200 คนเป็นเวลา 5 ปี พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 58 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽²²⁾ นอกจากนี้ ยังมีผลวิจัยที่ชี้ว่าการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยลดภาระของผู้ดูแลและเพิ่มระยะเวลาที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องส่งเข้าสถานดูแล⁽²³⁾

จากผลการวิจัยยังพบว่าผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมีความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 100) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 60) อย่างมาก ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงการยอมรับและความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทไทย ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัย ที่ระบุว่าความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความยั่งยืนและความเป็นไปได้ในการขยายผลโปรแกรม⁽²⁴⁾ การที่รูปแบบนี้ได้รับการยอมรับจากทั้งแกนนำครอบครัว ผู้อาศัยร่วมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพและระบบการดูแลในชุมชนที่มีอยู่

ข้อจำกัดของการวิจัย

ประการแรก การใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One Group Pretest-Posttest Design) อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์ หากใช้ Randomized Controlled Trial จะช่วยเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการวิจัย⁽²⁵⁾ ประการที่สอง การติดตามผลเพียง 3 เดือนอาจยังไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนในระยะยาว โดย Haley et al.⁽²⁶⁾ แนะนำว่าควรมีการติดตามผลอย่างน้อย 6-12 เดือนเพื่อประเมินผลกระทบระยะยาว และประการที่สาม การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ (ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ) ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

สรุปผล

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวที่มีประสิทธิผลสูง มีนวัตกรรม 4C Model ที่บูรณาการหลายมิติ มีความยั่งยืน และได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทไทย โดยเฉพาะการใช้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง Community-based Dementia Care ที่องค์การอนามัยโลกและหลายประเทศกำลังส่งเสริม รูปแบบนี้สามารถช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุข เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว และสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่อื่น ๆ และติดตามผลในระยะยาวเพื่อยืนยันความยั่งยืนของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น จัดการอบรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายแกนนำครอบครัวเพื่อทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่น พัฒนาระบบ

ติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนานโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระดับครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาการติดตามผลเพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและประเมินความยั่งยืน ใช้แบบแผนการทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trial) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพการวิจัย ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนและระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม งบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 68-1-005 วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. [Internet]. 2021. [cited 2025 Nov. 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
2. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. Lancet 2024;404(10452):572-628. DOI:[10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
3. อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสหภาพไทย 2564;14(2):221-34. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trenj/article/view/256641>
4. Sakamoto R. Aging in Southeast Asia and Japan: Challenges and opportunities. Geriatr Gerontol Int 2025;25(7):837-54. DOI:[10.1111/ggi.70062](https://doi.org/10.1111/ggi.70062)

5. ธรณินทร์ คุณแขวน, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, สุวารี ทวนวิเศษกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล 2566;72(3):47-54. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/260817>.
6. หยาคพิรุณ ดวงเนตร, ณัฐดนัย แก้วโพนงาม. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนบ้านกรุงสามัคคี ตำบลบิลโคก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเสถียรวิทย์ปริทัศน์ 2568;5(3):1501-9. <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/stw/article/view/2245>
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2564. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย, 2565.
8. Sherifali D, Ali MU, Ploeg J, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. Impact of Internet-Based Interventions on Caregiver Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res 2018;20(7):e10668. DOI:[10.2196/10668](https://doi.org/10.2196/10668)
9. Sani TP, Cheung G, Peri K, Yates S, Kerse N, Whaanga H, et al. Cultural adaptations of the WHO iSupport for dementia: A scoping review. Dementia (London) 2025;24(4):767-93. DOI:[10.1177/14713012241283860](https://doi.org/10.1177/14713012241283860)
10. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva : World Health Organization, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
12. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (10th ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer Health, 2017.
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1986.
14. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development. (8th ed.). London : Routledge, 2015.
15. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J Health Soc Behav 2011;52(2):145-61. DOI:[10.1177/0022146510395592](https://doi.org/10.1177/0022146510395592)

16. Liu Z, Chen QL, Sun YY. Mindfulness-based interventions for family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Interv Aging* 2017;12:1521-9. DOI:<https://doi.org/10.2147/CIA.S146213>
17. He J, Wang J, Zhong H, Guan C. The Effectiveness of Multi-Component Interventions on the Positive and Negative Aspects of Well-Being among Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(12):6973. DOI:[10.3390/ijerph19126973](https://doi.org/10.3390/ijerph19126973)
18. Vandepitte S, Van Den Noortgate N, Putman K, Verhaeghe S, Verdonck C, Annemans L. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016;31(12):1277-88. DOI:[10.1002/gps.4504](https://doi.org/10.1002/gps.4504)
19. de-Moraes-Ribeiro FE, Moreno-Cámara S, da-Silva-Domingues H, Palomino-Moral PA, Del-Pino-Casado R. Effectiveness of Internet-Based or Mobile App Interventions for Family Caregivers of Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)* 2024;12(15):1494. DOI:[10.3390/healthcare12151494](https://doi.org/10.3390/healthcare12151494)
20. Walter E, Pinquart M. How Effective Are Dementia Caregiver Interventions? An Updated Comprehensive Meta-Analysis. *Gerontologist* 2020;60(8):609-19. DOI:[10.1093/geront/gnz118](https://doi.org/10.1093/geront/gnz118)
21. Noel MA, Lackey E, Labi V, Bouldin ED. Efficacy of a Virtual Education Program for Family Caregivers of Persons Living with Dementia. *J Alzheimers Dis* 2022;86(4):1667–78. DOI:[10.3233/JAD-215359](https://doi.org/10.3233/JAD-215359)
22. Messina A, Lattanzi M, Albanese E, Fiordelli M. Caregivers of people with dementia and mental health during COVID-19: findings from a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2022;22(1):56. DOI:[10.1186/s12877-022-02752-x](https://doi.org/10.1186/s12877-022-02752-x)
23. Cheng ST, Au A, Losada A, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(7):59. DOI:[10.1007/s11920-019-1045-9](https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9)
24. Zheng Y, Tang PK, Zhao Y, Song M, Hu H, Ung COL. Qualitative study of stakeholder perspectives on dementia policy implementation in Macao: progress, challenges and future directions. *BMJ Open* 2025;15(10):e102523. DOI:[10.1136/bmjopen-2025-102523](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-102523)

25. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010;340:c332. DOI:[10.1136/bmj.c332](https://doi.org/10.1136/bmj.c332)
26. Haley WE, Bergman EJ, Roth DL, McVie T, Gaugler JE, Mittelman MS. Long-Term Effects of Bereavement and Caregiver Intervention on Dementia Caregiver Depressive Symptoms. Gerontologist 2008;48(6):732-40. DOI:[10.1093/geront/48.6.732](https://doi.org/10.1093/geront/48.6.732)