

Development of Multi-component Counseling Program for Enhancing Resilience  
among Thai Caregivers of Older Person with Dementia

Miss Thidajit Maneewat



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็น A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Public Health

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

College of Public Health Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการ  
สมองเสื่อม

นางสาวธิดาจิต มณีวัต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธาณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Thesis Title	Development of Multi-component Counseling Program for Enhancing Resilience among Thai Caregivers of Older Person with Dementia
By	Miss Thidajit Maneewat
Field of Study	Public Health
Thesis Advisor	Associate Professor Somrat Lertmaharit, M.Sc.
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Sookjaroen Tangwongchai, MD

---

Accepted by the Faculty of College of Public Health Sciences,  
Chulalongkorn University in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Doctoral Degree

.....Dean of the College of Public Health Sciences  
(Associate Professor Sathirakorn Pongpanich, Ph.D.)

THESIS COMMITTEE

.....Chairman  
(Professor Surasak Taneepanichskul, M.D.)

.....Thesis Advisor  
(Associate Professor Somrat Lertmaharit, M.Sc.)

.....Thesis Co-Advisor  
(Assistant Professor Sookjaroen Tangwongchai, MD)

.....Examiner  
(Associate Professor Ratana Somrongthong, Ph.D.)

.....Examiner  
(Associate Professor Wattasit Siriwong, Ph.D.)

.....External Examiner  
(Professor Nuntika Thavichachart, M.D.)

ธิดาจิต มณีวัต : พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นตัว  
ในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม (Development of Multi-component Counseling  
Program for Enhancing Resilience among Thai Caregivers of Older Person with  
Dementia) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ, อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. นพ. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 157 หน้า.

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและประเมินผลโปรแกรม 2) พัฒนา  
และประเมินแบบวัดความยืดหยุ่นตัวผู้ดูแลเริ่มจากการทบทวนแนวคิดความยืดหยุ่นตัวจากการสังเคราะห์  
งานวิจัย ร่วมกับการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม 10  
คน ผลการศึกษาจึงได้นำทฤษฎีความยืดหยุ่นตัวของเดวิส (1999) มาเป็นกรอบแนวคิดความยืดหยุ่นตัว  
6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้จัก และด้านจิต  
วิญญาณ องค์ประกอบดังกล่าวถูกนำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความยืดหยุ่นตัว 30 ข้อ และพัฒนาโปรแกรม  
จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้คือ สร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเอง ฝึกทักษะการสื่อสาร เทคนิค  
การผ่อนคลาย การจัดการดูแลด้านร่างกาย ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมผู้สูงอายุ  
อาการสมองเสื่อม ปฏิบัติตามหลักศาสนา และสิ้นสุดกิจกรรม

แบบวัดความยืดหยุ่นตัว ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมี  
ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 แบบวัดความยืดหยุ่นตัวได้นำไปทดสอบความสอดคล้องภายใน  
ของข้อคำถามในผู้ดูแลจำนวน 30 คน พบว่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง ( $\alpha=0.87$ ) และ  
นอกจากนี้ได้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ในผู้ดูแลจำนวน 150  
คน เพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า แบบวัดความยืดหยุ่นตัวผู้ดูแลมีความตรงเชิงโครงสร้างทั้ง  
6 ด้าน ประเมินผลของโปรแกรมโดยนำไปทดลองในกลุ่มผู้ดูแลจำนวน 60 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง  
แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ  
ประเมินความยืดหยุ่นตัวโดยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน  
แบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความยืดหยุ่นตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากเข้า  
ร่วมโปรแกรม 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน โปรแกรมสนับสนุนหลักฐานเชิงประจักษ์การรักษา  
แบบไม่ใช้ยา และสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมใน  
แผนกผู้ป่วยนอก

สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5479173853 : MAJOR PUBLIC HEALTH

KEYWORDS: MULTI-COMPONENT COUNSELING PROGRAM / ENHANCING / RESILIENCE / CAREGIVERS / OLDERPERSON / DEMENTIA

THIDAJIT MANEEWAT: Development of Multi-component Counseling Program for Enhancing Resilience among Thai Caregivers of Older Person with Dementia. ADVISOR: ASSOC. PROF. SOMRAT LERTMAHARIT, M.Sc., CO-ADVISOR: ASST. PROF. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI, MD, 157 pp.

The present research and development aimed at 1) developing and evaluating the developed program, and 2) developing and evaluating the Caregiver Resilience Scale (CRS). The process began with a review of the concept of resilience based on a synthesis of existing research together with an exploration of qualitative data derived from an interview of ten caregivers of older persons with dementia. After that, the resilience theory of Davis (1999) was employed as the conceptual framework. In the end, the six domains of resilience were identified as follows: physical, relationship, emotional, moral, cognitive, and spiritual. These six domains were then used to develop the 30-item Caregiver Resilience Scale and the eight-week multi-component counseling program that was composed of the following eight activity sessions: engagement, promoting self-care, communication skill training, relaxation technique, managing physical care, managing skill training, religious support, and termination. The Caregiver Resilience Scale was examined by a panel of three experts to confirm its content validity, with the content validity index equal to 0.84. It was also tried out with 30 caregivers to test its internal consistency, and the result showed that the internal consistency was at a high level ( $\alpha = 0.87$ ). Furthermore, the Exploratory Factor Analysis was conducted with 150 caregivers to test construct validity of the scale, and it was found that all six domains of the Caregiver Resilience Scale had construct validity. As for the multi-component counseling program, it was tried out with 60 caregivers who were recruited by means of purposive sampling, with 30 of them in the intervention group and the other 30 in the control group. The Caregiver Resilience Scale was used to evaluate the program, and data were analyzed by means of repeated measures ANOVA. The results indicated that the resilience scores of the participants in the intervention group were higher than those of the control group at one month after the program and at the follow-ups.

Field of Study: Public Health

Student's Signature .....

Academic Year: 2014

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## ACKNOWLEDGEMENTS

My deep thankfulness goes to Associate Professor Somrat Lertmaharit, my thesis advisor, and Assistant Professor Sookjaroen Tangwongchai, MD., my co-advisor, for kindly supporting me, encouraging me, shaping my dissertation, and offering insightful supervision during my work on the dissertation. I would also like to extend my sincere thanks to Professor Surasak Taneepanichskul, MD., faculty members, and all administrative staffs who kindly supported me during my program of study. My gratitude is extended to Ratchadaphiseksomphot Endowment Fund of Chulalongkorn University for the scholarship awarded to me for this dissertation as well. Great appreciation is offered to all experts involved in validating the instruments and the developed program, including Ajarn Solaphat Hemrungronj, MD., Ajarn Somruk Suntibenjakul, MD., and Associate Professor Puangsoi Vorakul. In addition, I am grateful to all examining committee members: Professor Surasak Taneepanichskul, MD., Associate Professor Dr. Ratana Somrongthong, Associate Professor Dr. Wattasitt Siriwong, and Professor Nuntika Thavichachart, MD. for their valuable and constructive comments and suggestions. My deep thanks go to all my study colleagues and friends at Chulalongkorn University for their continuing support and friendship throughout my study. Special thanks also go to Dr. Yupavadee Khantabunlung, who has always been there for me when I needed help. Furthermore, I am indebted to Pramanut Tumthong, Pharm. for his assistance when I had problems with computer technology, especially when working with the e-Thesis. My sincerest gratefulness goes to all older persons with dementia and their caregivers who kindly participated in the intervention program. I sincerely appreciate the cooperation and facilitation graciously provided to me by all nurses, physicians, other health professionals, and research assistants at each research setting. Last but not least, my most profound love and appreciation always goes to my parents for their shared wisdom, unwavering moral support, and trust in me.

## CONTENTS

	Page
THAI ABSTRACT .....	iv
ENGLISH ABSTRACT .....	v
ACKNOWLEDGEMENTS .....	vi
CONTENTS .....	vii
List of Tables .....	1
List of Figures.....	2
CHAPTER 1: INTRODUCTION .....	3
1.1 Background and Clinical Significance .....	3
1.2 Research Questions.....	7
1.3 Research Objectives.....	7
1.4 Research Hypotheses .....	7
1.5 Scope of the Study.....	7
1.6 Significance of the Study .....	8
1.7 Theoretical Framework.....	9
1.8 Conceptual framework.....	11
1.9 Definition of Terms .....	13
CHAPTER 2: LITERATURE REVIEW .....	15
2.1 Effects of Dementia on Older Persons and Related Research .....	15
2.2 The Impact of Dementia Caregiving on Caregivers and Related Research.....	19
2.3 Negative aspects of care of older persons with dementia.....	20
2.4 Positive aspects of care of older persons with dementia .....	21
2.5 Caregivers' responsibilities for care of older persons with dementia .....	22

	Page
2.6 Interventions to reduce behavioral problems were as follows: .....	23
2.7 Resilience in Caregivers of Older Persons with Dementia .....	24
2.7.1 Background of resilience .....	24
2.7.2 Definition of Resilience .....	24
2.7.3 Resilience enhancement .....	25
2.8 Factors related to resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia .....	26
2.9 Outcomes of resilience enhancement .....	27
2.10 Multi-component Counseling Program .....	27
2.10.1 Health counseling .....	28
2.10.2 Philosophy of health counseling .....	29
2.10.3 Principles of health counseling .....	30
2.10.4 Process of health counseling .....	30
2.10.5 Characteristics of effective health counselors .....	30
2.10.6 Goal of health counseling .....	32
2.11 Multi-component interventions .....	33
2.12 Summary of literature review .....	35
CHAPTER 3: METHODOLOGY .....	38
3.1 Phase 1: Program development: The multi-component counseling program .....	38
3.1.1 Step 1: Review of literature and research .....	38
3.1.2 Step2: Establishment of the domains structure of the Multi- component Counseling Program .....	39
3.1.3 Step 3: Evaluation of the quality of the program .....	41



	Page
3.2 Phase 2: Try-out and evaluation of the program .....	42
3.2.1 Variables .....	43
3.2.2 Research setting .....	43
3.2.3 Population and sample .....	43
3.2.4 Sampling technique.....	43
3.2.5 Sample size estimation.....	44
3.2.6 Intervention instruments .....	44
3.2.7 Data collection procedure .....	46
3.2.8 Intervention phase.....	46
3.2.9 Data Analysis.....	48
3.3 Phase 3: Scale development: The Caregiver Resilience Scale (CRS) .....	49
3.3.1 Step 1: Exploring the resilience concept and specifying the domains of caregivers' resilience.....	49
3.3.2 Step 2: Formatting the Caregiver Resilience Scale (CRS).....	50
3.4 Phase 4: Examining validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS).....	51
3.4.1 Step 1: Psychometric evaluation.....	51
3.4.1.1 Participants and setting .....	51
3.4.1.2 Instrumentation .....	51
3.4.1.3 Data collection.....	51
3.4.1.4 Instrumentation .....	52
3.4.1.5 Data collection.....	52
3.4.1.6 Preparation of the research assistants .....	53
3.4.1.7 Data collection.....	53

	Page
3.4.1.8 Data analysis.....	54
3.5 Protection of Human Subjects .....	54
CHAPTER 4: RESULTS .....	56
4.1 Results of examination of the short- term effects of the program .....	56
4.1.1 Part 1: Feeling, thoughts, and behaviors in each session of the participants in the intervention group .....	56
4.1.2 Part2: Demographic characteristics of the participants in the intervention group and the control group .....	59
4.1.3 Part 3: Clinical characteristics of older persons with dementia in the intervention group and the control group .....	61
4.1.4 Part 4: The comparison of resilience scores among caregivers of older persons with dementia at baseline, one month, and three months within the intervention and control groups.....	64
4.2 Result of Examining validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS).....	68
4.2.1 Results of scale development .....	68
4.2.1.1 Step 1: Exploring thee resilience concept and specifying the domains of caregivers’ resilience.....	68
4.2.1.2 Step 2: Formatting the Caregiver Resilience Scale (CRS).....	69
4.3 Result of Examining validity and reliability of CRS .....	69
4.3.1 Step 1: Content validity evaluation .....	69
4.3.2 Step 2: Pre-test.....	69
4.3.3 Step 3: Field test.....	70
CHAPTER 5: DISCUSSION, CONCLUSION, AND RECCOMMENDATIONS .....	75
5.1 Discussion of the program development.....	75

	Page
5.2 Conclusion of program development.....	78
5.2.1 Conclusion.....	78
5.2.2 Theoretical framework.....	78
5.2.3 Limitations.....	79
5.2.4 Recommendations.....	79
5.3 Discussion of Scale Development .....	79
5.3.1 Summary.....	81
5.4 Conclusions of scale development.....	81
5.4.1 Limitations.....	82
5.4.2 Recommendations.....	83
REFERENCES .....	90
APPENDICES.....	92
APPENDIX A: IRB STUDY APPROVAL LETTER.....	93
APPENDIX B: LETTER OF SUPPORT FROM RESEARCH STUDY SITE.....	94
APPENDIX C: INFORM CONSENT FORM.....	96
APPENDIX D: INSTRUMENT .....	108
APPENDIX E: HANDBOOK FOR CAREING OLDERS PERSONS WITH MILD TO MODERATE DEMENTIA.....	114
APPENDIX F: MULTI-COMPONENT COUNSELING PROGRAM .....	122
VITA.....	157

## List of Tables

Table 1: The incidence of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia .....	16
Table 2: The classification of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) .....	17
Table 3: Demographics characteristics of participants in the intervention group and the control groups (n=60).....	60
Table 4: Clinical characteristics of older person with dementia in the intervention group and the control group (n=60).....	62
Table 5: Mean and standard deviation of resilience scores in each six domains at baseline, one month, and three months after entering the program in the intervention group (n=30) and the control group (n=30) .....	65
Table 6 Mean and standard deviation of resilience scores at baseline, one month, and three months after entering the program in the intervention group (n=30) and the control group (n=30) .....	65
Table 7: Comparison of resilience scores at baseline, one month, and three months after entering the program by time between the intervention group (n=30) and the control group (n=30)(Test of within-groups).....	66
Table 8: Comparison of resilience scores between participants in the intervention group and the control group at one month and three months after entering the program (n=60) (Tests of between groups).....	67
Table 9: Pairwise comparison of resilience scores obtained at baseline, one month, and three months within the intervention group and the control groups (n=60) .....	67
Table 10: Correlation coefficient of items, Item-item, Item-subscale and item-total of the 30- item second draft of the CRS (n=30) .....	70
Table 11: Alpha coefficient of the 30-item second draft of CRS (n = 150).....	71

Table 12: Correlation coefficient of item, item-item, item-subscale, and item-entire scale of the 30-item second draft of CRS (n = 150).....	71
Table 13Table: Total loading, percent of variance, and cumulative percentage of the second draft 30-item CRS classified by factor loading (Eigen values equal or greater than 1).....	72
Table 14: Item statements and communalities of the third draft 30-item CRS classified by item numbers (N=150).....	72

### List of Figures

Figure 1: The theoretical framework of the study.....	11
Figure 2: Conceptual framework of multi-component counseling program.....	12
Figure 3: Conceptual framework of Caregiver Resilience Scale (CRS).....	13
Figure 4: Procedures of program development .....	38
Figure 5: Process of the data collection in the intervention phase.....	47
Figure 6: The mean scores of resilience between the intervention group and the control group at baseline (T1), one month (T2), and three months (T3).....	66

## CHAPTER 1: INTRODUCTION

### 1.1 Background and Clinical Significance

At present, advanced in medical technology in Thailand improved medical treatment and, improved diagnosis. The development of public health services such as health promotion and health care services place its focus on population in certain age group with the aim to decrease mortality rate and the people's longevity. As the result, the change in the Population Pyramid toward and aging society has been expected, and it is estimated in the year 2027 nearly 17 million people will be the elderly population (University, 2011), which has direct effects on health care services provision. Therefore, improving health care services is significant and challenging for health care providers. In general, the majority of elderly people have health problems that come with increasing age because of the physiological deterioration caused by the process of aging and chronic medical illness that that make them become highly dependent. Health problems faced by elderly person can be either chronic physical illnesses or psychiatric illnesses. In face high incidence psychiatric illness that can be seen in elderly people when people longevity is dementia, which affects both physical and psychological well-being of the elderly population.

Based on a review of related literature and prior research, the prevalence and incidence of dementia is found increase with age. To explain further, dementia account for 3% to 11 % of elderly persons aged over 65 years old, and the incidence rises to 25% to 47% in those over 86 years of age. In fact the incidence of dementia increase by two fold ever five years after the age of 65 (Boyle. L. L., 2011). In Thailand, the prevalence and incidence of dementia are same as those reported in others countries in the world. However, there is not actual data of prevalence and incidence of dementia despite the prevalence survey of dementia conducted by various departments of the Ministry of Public Health. Therefore, only a rough estimate of the prevalence and incidence of dementia is available. According to (Aekplakorn, 2009) a study conducted to survey prevalence of dementia in the population aged 60 years old and over using the MMSE- Thai version 2002 showed that the prevalence of dementia was 12.4%, and the prevalence in the elderly males was 9.8% while that in elderly females was 15.1%. Moreover, it is worth nothing that prevalence rates in females were higher than those in males in ever age group, and the prevalence rate increased from 7.1% to 32.5% in the elderly persons over 80 years of age (40% in females and 22.1% in males).

Dementia is the most commonly found condition in geriatric psychiatry. However, dementia in elderly person is frequently ignored because elderly persons, caregivers, and health care professionals tend to believe that it is normal in elderly persons. In fact, dementia cause distress in elderly persons and increases burdens of caregivers (Boyle. L. L., 2011). Many studies have reported that the incidence of dementia increase with age. Dementia is a part of cognitive impairment and global cognitive impairment. It does not result in alteration of consciousness, but it lead to functional decline in elderly person. In general, dementia progresses over time when the disease progress the Behavioral and psychological symptom of dementia (BPSD) are common found in older person with dementia. Including other types of dementia are Dementia Lewy-body (DLB), Fronto-Temporal Dementia (FTD), vascular

dementia, Parkinson's disease with dementia (PDD), progressive supra-nuclear palsy (PSP) Cortico-Basal Degeneration (CBD), and Alzheimer's disease. Moreover, BPSD could found that in mild cognitive impairment (MCI).

In general, the majority of older persons with dementia are likely to have BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). As regards, the prevalence of BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), it is found in as many as 90 percent of patients with mild, moderate and severe stage of dementia, including those with Mild Cognitive Impairment (MCI) (Boyle. L. L., 2011). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) are composed of psychological symptoms (delusion, hallucination, misperception, sadness, apathy, anxiety, and change in sleep pattern), and behavioral symptoms (wandering, agitation, catastrophic reaction, complaining, disinhibition, intrusiveness, and negativism). According to (Matsumoto N, 2007) when older person have dementia have behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), their symptoms can be a cause of distress and stress in caregivers than when the patients have cognitive and functional decline. According to (Boyle. L. L., 2011) proposed that dementia have multi-dimensional effects on both physical and psychological health of not only older persons but also their caregivers. Furthermore, previous studies have shown that effects of dementia on caregivers burden include chronic stress, depression, distress, decreased quality of life, loss of social relationship, and impaired immunologic and hormonal functioning. However, it is worth nothing that some research studies have reported positive effects on caregivers of older persons with dementia, which include psychological well-being, satisfaction, good attitude, perceived good relationship, self-esteem, and self-appreciation.

In conclusion, dementia has effects on both physical and psychological health of caregivers of older persons with dementia. In particular behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) have been found to heavies more effects on caregivers' burden than cognitive impairment. The factors that are related to caregivers' burden include levels of Activities of Daily Living (ADL), behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), and impaired cognition when dementia progress decrease ADL, poor cognition and increase behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) make older persons become highly dependent on their caregivers for complete assistance. (A. s. Association, 2010a) has reported that most of the elderly persons with dementia (70% - 80%) are cared for at home and caregivers provide care to older persons with dementia 24 hours per day. Also, such care is a long term care that can continue to as long as 3 to 15 years. The quality of care in older persons with dementia depends on caregivers' competence. Therefore, caregivers' competence is significant because caregivers are mainly responsible for providing direct and continuous care to older person with dementia.

Many studies that have been undertaken to investigate the caregivers' role describe the concepts of care for demented persons as involving assistance with activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs). However, these concepts may not be adequate to encompass the problems of caregiving including resistance to care, and complicated nature of medication administration. This is because some older persons with dementia have to take several kinds of drug several times per day including injection, inhalers, and mash tablets. This can be a major responsibility that is beyond many caregivers' ability to do so, hence a feeling of increased burden. A qualitative research study conducted by (Rose JH, 2000) to explored family caregivers' perceptions of provision of care to older patients during a period from hospital admission to discharge revealed that family caregivers often felt unprepared to provide care and had inadequate knowledge to meet the needs of care recipient. In addition, they received only little information from formal health care providers. As a result, it was recommended that health care professionals should assist caregivers more so as to help solve their specific problems and better serve their specific needs in order to maintain caregiver's health and well-being.

As the caregivers' role, some caregivers of older persons with dementia have to provide care for 24 hours per day and the long term care can continue for up to three to 15 years (Landefeld, 2004). When having to live with long term care giving caregivers are likely to develop stress. Furthermore, a high level of dependence has impacts both their physiological and their psychological well-being (Pinquart I., 2007) (Adams K, 2008). In fact, caring for older persons with dementia involves not only assistance with Activity Daily Living (ADL) and Instrumental Activity Daily Living (IADL) but also consideration of respect and dignity of older persons with dementia. Daily tasks of caring for older persons with dementia cause caregivers' burden and when having to live with a high level of care and caregiving, burden, caregivers can suffer from social isolation, loss of freedom, and depression (Schulz, 2008). Caregivers' burden is defined as negative consequence while caring for older persons with dementia. Caregivers burden both subjective burden, and objective burden, includes psychiatric morbidity, and depression related to individual caregivers' personal characteristics, as well as coping techniques to handle with dementia symptoms (Vugt ME, 2004) (Sink KM, 2006). Objective caregivers' burden is related to daily tasks and subjective burden, while caregivers' role causes physical and psychological strain, as well as, family conflict.

In order to prevent caregivers' burnout, their physiological and psychological strain needs to be reduced and their ability to confront caregiving tasks for demented older persons at home needs to be promoted. A review of previous research associated with caregivers' burden of caregivers of older persons with dementia has revealed that resilience is one of the key buffers and protective factors for caregivers burnout and, strain as it, decreases caregivers burden or caregivers distress. A study done by (B., 2010) to explore caregivers burden and resilience of caregivers of patients with Alzheimer's disease showed that as caregivers' resilience increased, caregivers' burden decreased. Moreover, resilience enabled caregivers to return to normal after traumatic psychological events, after change, after being exposed to serious events, and after a life threatening situation, making caregivers able to better cope with the demand of caring for elderly persons with dementia. Resilience could also increase caregivers' competence to perform self-care, handle caregivers' role, and enhance ability to care for older persons with dementia. In fact, caregivers' competence is significant for caregivers to continue providing care and helps prevents premature institutionalization or caregivers' negligence of quality of care of older person with dementia (Sink KM, 2006). Furthermore, caregivers' competence is found to be related to quality of life (QOL) of both caregivers and care recipients (Rabins, 2007). Many research studies have reported that caring for older persons with dementia is associated with poor quality of life (QOL) and poor physical and psychological health of caregivers.

Resilience is process of growth and adaption, and it has a multi-dimensional structure. It is also a holistic, and dynamic, development that encompass the ability to cope with stress, and, serious situation (e.g., family problems, family relationships, and serious illnesses). Resilience outcomes are balance of mind and effective coping. In other words resilience causes emotional strength, especially psychological strength of caregivers during interactions with others who have distress, psychological traumas, or emotion uncertainty. Some caregivers have more resilience, strength, and resistance to stress than others caregivers. Theses caregivers have a good coping ability and can develop strength from the stress and trouble them are facing. In addition, caregivers who have resilience have the ability to seek meaning, goals, and values during complicated situations (Al. Siebert, 2007). Assessment of individual resilience is commonly with a resilience scale. A review of a previous research has shown that there are two instruments that are popularly used to assess individual resilience as follows: a) The 25-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and b) The 22-item Response to Stressful Experiences Scale (RSES) (Connor KM, 2003) (Johnson DC., 2011).



Resilience could strengthen caregivers' coping ability. There are various ways to enhancing resilience. Enhancing resilience through program is one of the ways that aim to prevent maladaptation and inappropriate responses to serious events, traumas, stress, and life threatening situations (Ballenger-Browning, 2010). When designing such a program, individual caregivers' characteristics and needs should be taken into careful consideration. Put another way, health care professionals need to ensure that the resilience promotion program meets caregivers' specific need. It is significant to establish goals for caregivers of older persons with dementia in order to ensure that the program is actually direct to caregivers.

Tailoring elements of the program requires consideration of the level of individual caregivers needs' for information about dementia process, problem solving skills, coping skills, and support for intervention (R. W. Toseland, 2004). (Sorensen, 2011) has recommend that program should be composed of multi-intervention and positive outcomes for both caregivers and older persons with dementia. (MPhill, 2007) has proposed that "the following interventions may benefit caregivers of persons with dementia and may delay long-term placement. It is important to address the education and physical and emotional support of family caregivers after making a diagnosis." A review of existing research has shown that a multi-component counseling program appears to be more effective to enhance caregivers' resilience as it offers a combination of counseling, support, and education. A Multi-component Counseling Program was tested by (Mittelman, 2006) and the results indicated that the program not only prevented depression but also enabled caregivers to care for older persons with Alzheimer's disease at home for as long as 326 days, hence a delay to nursing home.

It is worth nothing that most studies on caregivers' resilience have been conducted in western countries and at present no research has been done on enhancing resilience or an assessment of resilience using a resilience scale in Thai caregivers of older persons with dementia. Correspondingly, a development of a multi-component counseling program to enhancing resilience in caregivers of older persons with dementia and a development of a resilience' scale for caregivers of older persons with dementia are much needed. An extensive review of existing research has revealed limitations of studies on a multi-component counseling programs including heterogeneity in caregivers' characteristics, relationships, and clinical characteristics of the older persons with dementia. It has been found that theories on resilience have not been mentioned much.

Moreover, some studies had a control groups; others did not, hence lack of desired outcomes, nor ignorance of individual caregivers' needs. It has also been documented that group interventions seemed to be more effective than individual interventions. At the same time, the literature review has revealed limited use of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) to assess resilience in the general population and the Stressful Experiences Scale (RSES) has been mostly used to assess resilience in the military. Furthermore, before designing the program factors that are related to enhancing resilience should be considered including Thai caregivers' socio-demographic characteristics as well as, clinical characteristics of older persons with dementia, contexts of health services, and characteristics and settings of healthcare professionals.

The new multi-component counseling program combines health counseling and multi-component interventions based on the resilience theory of Davis (Davis, 1999). This program is generally conducted with one-on-one individual sessions for enhancing caregivers' competence including promoting physical and psychological health while caring for older persons with dementia. In this study, the multi-component counseling program was considered culturally, and religiously, tailored enough to serve individual caregivers' needs and timing so that it would support individual personal learning and coping skill (Al. Siebert, 2007e). Caregivers of older persons with dementia received health education and support in the form of information, skill practices, coping strategy, and

individual health counseling, all of which enabled caregivers to handle their caregiver role. Finally, the caregivers' competence and self-care efficacy were promoted so as to ensure that they were able to continue providing care to older persons with dementia effectively.

## 1.2 Research Questions

This study attempted to answer the following four main research questions:

1. What are the domains of the multi-component counseling program for Thai caregivers of older persons with dementia?
2. What are the short term effects of eight week multi-component counseling program?
3. What are the domains of the Caregiver Resilience Scale (CRS) for Thai caregivers of older persons with dementia?
4. How valid and reliable is the newly developed Caregiver Resilience Scale (CRS) for Thai caregivers of older persons with dementia?

## 1.3 Research Objectives

The primary objective of the present study was to enhance resilience in caregivers of older persons with dementia, with the following secondary objectives:

1. To develop a multi-component counseling program for Thai caregivers of older persons with dementia.
2. To examine the short term effects of eight week multi-component counseling program.
3. To develop the Caregiver Resilience Scale (CRS) for Thai caregivers of older persons with dementia.
4. To examine the validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS).

## 1.4 Research Hypotheses

This study consisted of two major hypotheses as follows:

1. The multi-component counseling program which combined health counseling and support with multi-component interventions could enhance resilience in caregivers of older persons with dementia.
2. The caregivers of older persons with mild to moderate dementia in the intervention group who participated in the multi-component counseling program would have significantly high scores than baseline score (pre-test) (T1), at one month (post-test) (T2), and follow up at three months (T3) compared to the caregivers of older persons with mild to moderate dementia in the control group who received on the routine care as usual.

## 1.5 Scope of the Study

The purpose of the present Research and Development study was to enhance resilience in caregivers who provided care to older persons with dementia with the implementation of multi-component counseling program. The scope of the present study could be described as follows:

1. The study of resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia was developed based on the Resilience Theory. The study was congruent with this study on the Resilience Theory of Davis (1999) who has proposed that characteristics of persons who received resilience enhancement include caregivers' ability to maintain positive behaviors and functional competence under critical events or heavy tasks and to continue their provision of care.
2. The population and sample of this study were caregivers of older persons with mild to moderate dementia who sought treatment at the Memory Clinic, Neurological Clinic, and Geriatric Clinic at Suratthani Hospital, Maharaj Nakhorn Srithammarat Hospital, and Vichira Phuket Hospital.

3. The major variables for development of multi-component counseling program were as follows:

*Construct Variables:* there were on together six domains that comprised: 1) physical competence, 2) relationship competence, 3) emotional competence, 4) moral competence, 5) cognitive competence, and 6) spiritual competence.

*Indicator Variables,* there were nine components that comprising: 1) competence of physical self-care, 2) competence of communication, 3) competence of stress management, 4) competence of anger management, 5) competence of physical care (Activities of Daily Living: ADL and Instrument of Activities Daily Living: IADL), 6) competence of medication administration, 7) competence of behavioral problems management, 8) competence of psychological problems management for older persons with dementia, and 9) competence of religious support.

4. The program was tried out with primary caregivers of older persons with dementia that received the resilience enhancement program and completed six domains within nine components through eight sessions of intervention as follows: 1) engagement, 2) promoting self-care, 3) communication skill training, 4) relaxation technique, 5) managing physical care, 6) managing skill training, 7) religious support, and 8) termination.

5. Enhancing resilience in caregivers of older persons with dementia was different from enhancing resilience in the general population, adolescences, children, or military personal.

6. The results of this study reflected sense of power competence of caregivers of older persons with dementia because sense of power competence occurred when persons received counseling, education, and support that could be measured with the Caregivers' Resilience Questionnaire.

## 1.6 Significance of the Study

This study would be significant to the academic as follows: 1) the knowledge gained in this study, particularly the knowledge related to the resilience's theory including the definition of resilience, ways to enhancing resilience, and related factors to enhance resilience could be applied with, caregiver' intervention in the development the multi-component counseling program to enhancing resilience; 2) the process of development of the resilience scale using the exploratory factor analysis (EFA) would result in a new body of knowledge; 3) there would be a newly developed instrument: The Caregiver Resilience Scale (CRS) as well as a newly developed program: The multi-component counseling program.

Furthermore, this study would be significant to health care professionals, especially physicians, nurses, and other health care professionals, as the findings of the study could be implemented in the Clinical Practice Guideline for enhancing resilience in caregivers of older persons with dementia in the community, institution, and hospital. Health care professionals could also employ the Caregiver Resilience Scale (CRS) as a guideline when assessing resilience of caregivers' of older persons with dementia or other groups of caregivers who provide care to elderly persons with other chronic illnesses. Finally, the multi-component counseling program could be applied with caregivers of other chronically ill elderly persons.

This study would also be significant to caregivers who provide care to older persons with dementia who could be equipped with the learning skills and, coping strategies that would enable them to provide care effectively. The present study would also be beneficial for caregivers who can adjust their provision of care in their daily living so that they could live with older persons with dementia happily. Furthermore, this program could reduce distress and burden of primary caregivers. Finally, the knowledge gained from this study would provide an example of a multi-component counseling program that may be useful in the development of a multi-component counseling program to be implemented with caregivers of patients with other diseases or other groups of caregivers.

## 1.7 Theoretical Framework

The theoretical frameworks for development of the multi-component counseling program and Caregiver Resilience Scale in this study was adopted from the theory proposed by (Davis, 1999) concerning development of education and support content of intervention. The concept of resilience is process of personal support for control of factors that affect health and quality of life. In general, resilience causes persons to have power, well-being, and competence awareness. The outcome of enhancing resilience enhancement is sense of success in a situation, satisfaction, and self- development including the meaning of life. (Davis, 1999) has defined resilience as “the ability to return to normal, become strong, healthy or successful after exposure to serious or traumatic psychological events. People who have resilience are able to utilize their coping skills, and resilience can be learned and developed”. Thus, it can be summarized that resilience may refer to personal competence that makes persons able to return to their normal condition and proceed with their living as usual after facing a critical event or suffering. (Adams K, 2008)

According to (Davis, 1999) there are six domains of resilience as follows: First, Physical competence is the ability to perform self-care, be flexible, decrease reactive violence and maintains good health. (Polk, 1997) and (Al Siebert, 2007a) have pointed out that before development of resilience, people should first develop skills for good health and psychological well-being. Secondly, social and relational competence is the ability to develop and maintain relationships which results in the feeling of bonding, trust, safety, and empathy. Moreover, it encompasses the ability to maintain a relationship in the family and continue communication with elderly persons with dementia, both verbally and nonverbally. According to (Gunnestad, 2006) characteristics of persons who have resilience include empathy, awareness, and empathic understanding. Thirdly, cognitive competence refers to the ability to plan for different things such as events, environmental management, problem solving, internal self-control, emotional control, optimism, belief that people could succeed assessment of cognitive sufficiency, and actual assessment ability. Likewise, (Reivich, 2002) has mentioned that the ability to solve problems is a characteristic of persons who have resilience. Fourthly, emotional competence is refers to the ability to have emotional control, wait, maintain self- esteem in a high level, and build humor. Similarly, emotional control is regarded as one of the characteristics of persons who have resilience, and the American Psychological Association: (A. P. Association, 2007) has mentioned that this component of resilience refers to which persons’ ability to manage their emotions and motivation effectively. Fifth, moral competence is the ability to support others such as in problems solving, judgment, planning, and goal setting that is meaningful and this involves social responsibility, empathy, and bonding. According to (Grotberg, 1999) characteristics of persons who have resilience include the willingness to do good deeds for others and accountability. Congruence with (A. S. a. C. Masten, J. D. , 1998b) shares a similar idea, stating that characteristics of person who have resilience include assistance and devotion to others. Sixth, spiritual competence is the ability to have faith, meaningful insight into life, morality, honesty, justice, autonomy, and self-value. According to (M, 2000) spiritual competence is an interpersonal characteristics of persons who have resilience, and it encompasses happiness, optimism, faith, hope, and motto. Moreover, Masten (1998b) (A. S. a. C. Masten, J. D. , 1998a) has mentioned that having a religious faith causes persons to have resilience.

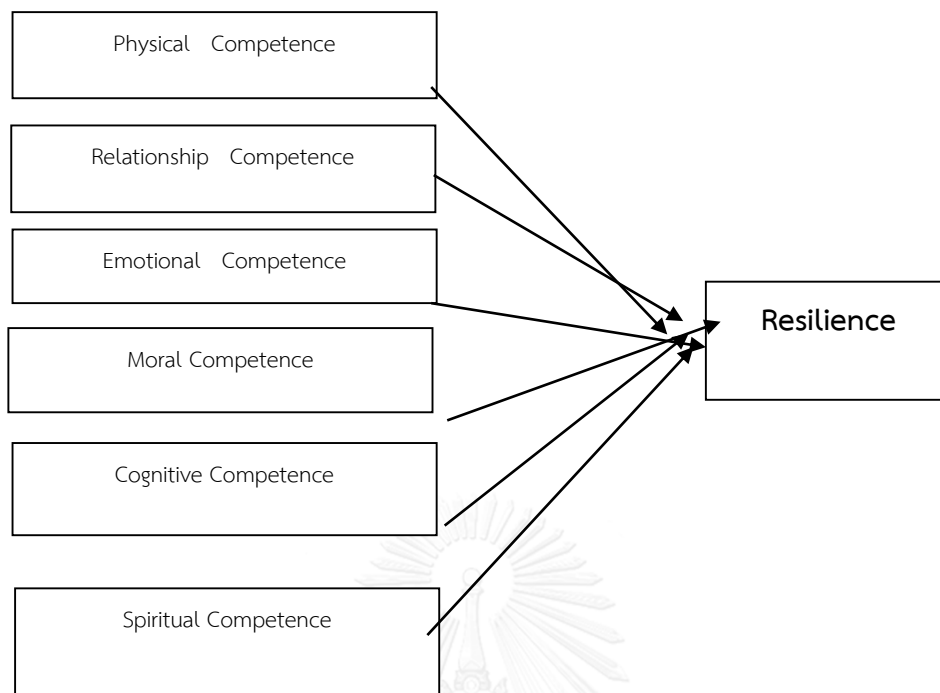
(Davis, 1999) attempts to identify differences among coping, adaption, and resilience. According to him, coping is a complex response to a serious or challenging situation, and it is often a protective characteristic, while adaption is a broad term which explains responses to a protective characteristic appropriated for the environment. (Davis, 1999) has confirmed that resilience occurs when there is positive change in order to maintain competence

to cope with problems and that effective adaptation can be observed of latent in people with various strategies. By the same token, (McCubbin, 1999) has pointed out that resilience is a sum of total various factors, both internal personal factors and environmental factors.

Whenever, caregivers have resilience it means that they could protect themselves and stabilize interactions to prevent the decline of competence. For example, they might be open-minded to learning caregiving skills and self-care skills so that and they could maintain positive behavioral patterns and functional competence under a stressful or adverse event. Therefore, Davis' Resilience Theory helps explain why caregivers adjust, adapt, and become competent while caring for older persons with dementia. Long-term care is often filled with hardship, high demand, maladjustment, and family life cycle change that cause a high level of burden on part of caregivers. Therefore, education and support must cover physical, psychological, emotional, social, relational, and spiritual conditions of caregivers. These components cannot be separated, but they have to be in relation with one another. In this study, resilience referred to caregivers' sense of power competence. Caregivers who have resilience have the ability to seek meaning, goal, and value during a complicated situation of providing care to older persons with dementia. Caregivers have resilience ability to seek meaning, goal, and value during complicated situation.

Therefore, successful resilience enhancement outcome refer to a balance of physical and psychological, harmony. Successful caregivers are those who have the ability to balance between individual caregivers' needs and caregiving demands of older persons with dementia. A high resilience level and well-being in caregivers suggest successful caregivers' competence, whereas a low resilience level in caregivers reflects unsuccessful caregivers' competence. The framework of the physical competence, relational competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence in caregivers of older persons with dementia is illustrated in **Figure 1**.





**Figure 1: The theoretical framework of the study**

*Theoretical framework of the study*

The main concepts of this study were caregivers' resilience that includes physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence.

### 1.8 Conceptual framework

The theoretical framework of (Davis, 1999) was employed in this study. This framework was used to design and construct the Multi-component Counseling Program and Caregiver Resilience Scale (CRS).

The conceptual framework of the Multi-component Counseling Program for Thai caregivers of older persons with dementia consisted of six domains, which included physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. The program was conducted with individual sessions, totaling eight sessions as follows: engagement, promoting self-care, communication skill training, relaxation technique, managing physical care, managing skill training, religious support, and termination. The conceptual framework of the multi-component counseling program is summarized in **Figure 2**.

The conceptual framework of the CRS for Thai caregivers of older persons with dementia consisted of six domains, which included physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. There were altogether nine components that comprised: of: 1) competence of physical self-care, 2) competence of communication, 3) competence of stress management, 4) competence of anger management, 5) competence of physical care (Activity Daily Living: ADL

and Instrument Activity Daily Living: IADL), 6) competence of medication administration, 7) competence of behavioral problems management, 8) competence of psychological problems management for older persons with dementia, and 9) competence of religious support. The conceptual framework of the CRS is illustrated in **Figure 3**

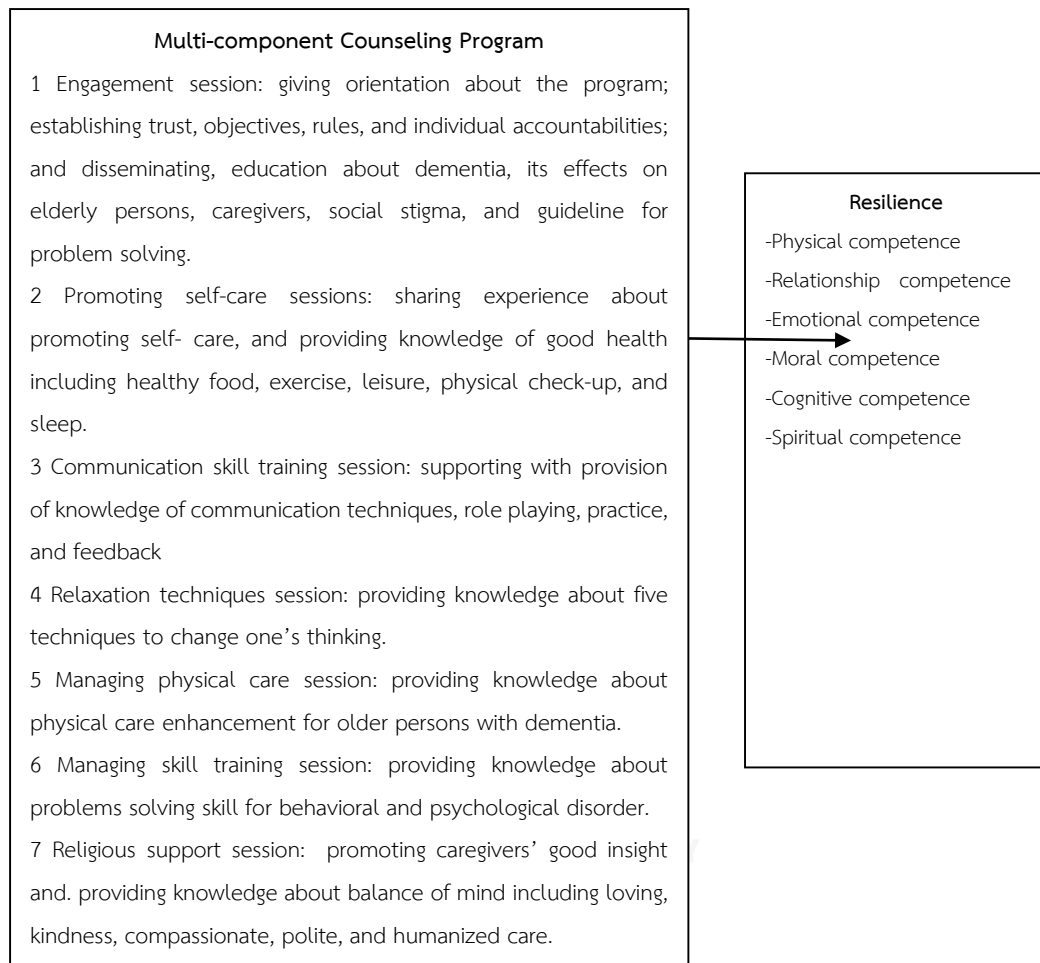


Figure 2: Conceptual framework of multi-component counseling program

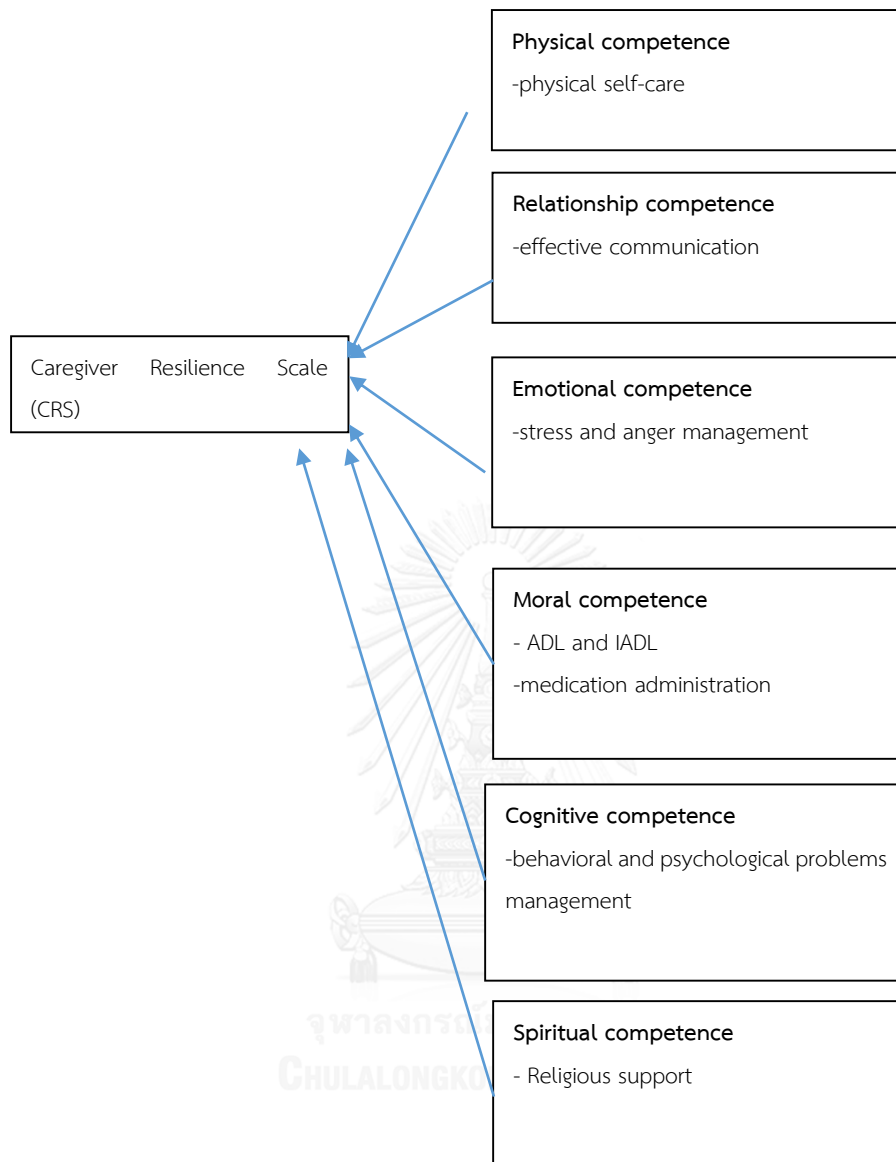


Figure 3: Conceptual framework of Caregiver Resilience Scale (CRS)

## 1.9 Definition of Terms

The definitions of the terms that were used in this study are as follows:

*Caregivers* is defined as primary caregivers include spouse, adult child, sibling, and / or significant others who assistance older person with dementia with Activities Daily Living such as bathing, feeding, dressing, toileting, transferring, taking medication, and ambulating at home.

*Older persons with Dementia* were defined as persons who were 60 years old or older who were diagnosed with mild to moderate dementia. In this study, the severity of dementia was classified based on the



levels of cognitive impairment and functional disability of older persons with dementia. The MMSE-Thai 2002 was utilized to assess cognitive impairment, and the Barthel Activities of Daily Living, and the Chula IADL Index were employed to assess the older persons' functional disability including subtypes of dementia such as Alzheimer's Disease (AD), Dementia Lewy-body (DLB), Frontotemporal Dementia (FTD), vascular dementia, and Alzheimer's disease, Parkinson's disease with dementia (PDD), Progressive Supranuclear Palsy (PSP), and Corticobasal degeneration (CBD) by a neurologist, psychiatrist, or geriatrician.

*Multi-component Counseling Program* referred to the program which was developed by the researcher based on an extensive review of literature and related research, the data from an exploration of caregivers' resilience, and the Resilience Theory of Davis (1999). As regards the structure of the program, it was composed of six domains as follows: 1) physical competence, 2) relationship competence, 3) emotional competence, 4) moral competence, 5) cognitive competence, and 6) spiritual competence. This program was conducted with eight individual sessions of the interventions as follows: session one – engagement, session two – promoting self-care, session three – communication skill training, session four – relaxation techniques, session five – managing physical care, session six – managing skills training, session seven – religious support, and session eight – termination. Each session of the program placed its emphasis on sharing experiences, giving support, learning principles of modeling, role playing, practicing and giving feedback, and doing homework assignments, all of which helped older persons with dementia to develop skills effectively (Bandura, 1977).

*Usual care* referred to the regular care that was provided by nurses in a clinical setting. Usual care was composed of assessment of the patients' cognition using the MMSE-Thai 2002, Barthel ADL, and Chula IADL, as well as provision of nursing care to give essential knowledge about caring for Activities of Daily Living (ADL), medication administration, appointment, and irregular symptoms that necessitated seeing the doctor before the appointment.

*Resilience* was defined as a sense or perception of power competence after completing the participation in the Multi-component Counseling Program. It referred to senses of confidence with competence or abilities to offer care to older persons with dementia as well as to perform self-care including physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. In the present study, caregivers' resilience was measured using the self-reported Caregiver Resilience Scale (CRS), with higher scores indicating a higher level of resilience and adaptation ability.

## CHAPTER 2: LITERATURE REVIEW

This chapter presents a review of literature and research related to development of a multi-component counseling program for caregivers of older persons with dementia in Thailand. The literature review consists of the following topics: effects of dementia on older persons, caregivers of older persons with dementia, impacts of dementia caregiving on caregivers, resilience enhancement in caregivers, and a multi-component counseling program with the details as follows:

1. Effects of dementia on older persons and related research
2. Impacts of dementia caregiving on caregivers and related research
  - Negative aspects of caregiving older persons with dementia
  - Positive aspects of caregiving older persons with dementia
  - Caregivers' responsibilities for care older persons with dementia
3. Resilience in caregivers of older persons with dementia
  - Background of resilience
  - Definition of resilience
  - Resilience enhancement
  - Factors related to resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia
  - Outcomes of resilience enhancement
4. Multi-component Counseling Program
  - Health counseling
  - Multicomponent interventions

### 2.1 Effects of Dementia on Older Persons and Related Research

Dementia is neuropsychiatric syndrome. It is a chronic cognitive disorder which includes memory, aphasia, apraxia, and acalculia. Moreover, dementia results in impairment of executive functions (planning, judgment, and abstract thinking), personality changes, and behavioral disorders of individuals, but it does not lead to alteration of individuals' consciousness. The impacts of dementia on older persons generally include degeneration of intellectual functions and others related to behaviors and activities and social impairment caused by dementia includes reflective Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) impairment. The scope of intellectual effects which involve higher-order cognitive operations includes problem solving, judgment, and planning. The profile of intellectual changes caused by brain injury depends on many factors including particular neuroanatomical structural effects, the type of neuropathology, and premorbid -characteristics. The domains of cognitive functions include attention, recent and remote memory, language, praxis, visual-spatial relationship, judgment, and calculations.

The rate of decline caused by dementia varies across individuals. However, the duration of this disease may range anywhere from three to twenty years, with an average duration of eight to ten years. According to, (Stanley, 2005) stages of dementia symptoms on older persons are as follows: 1) mild dementia including changes in mood or personality; impaired judgment and problem solving; confusion about places (e.g., getting lost driving to the a store) and, time; difficulty with numbers, money, and bills; mild anomia; withdrawal; and depression; 2)

moderate dementia including impaired recent and remote memory, anomia, agnosia, apraxia, aphasia, severely impaired judgment and problem solving, worsened confusion about time and place, perceptual disturbances, loss of impulse control, anxiety, restlessness, wandering, perseveration, hyperorality, possible suspiciousness, delusions, or hallucinations, confabulation, greatly impaired self-care abilities, beginning of incontinence, and sleep-wake cycle disturbances; and 3) severe dementia including severe impairment of all cognitive abilities, inability to recognize family and friends, severely impaired communication (possible grunting, moaning, or mumbling), little capacity for self-care, bowel and bladder incontinence, possibility of becoming hyper-oral and having active hands, decreased appetite, dysphasia and risk for aspiration, immune system depression that leads to increased risk for infections, impaired mobility with loss of ability to walk, rigid muscles, paratonia, sucking and grasp reflexes, withdrawal, and disturbed sleep-wake cycle, with increased sleeping time.

The memory domain which is retro-intellectual, meaning a broad range of cognitive structures and operations is composed of: fund of information, vocabulary (attention vital mechanism including perception, problem solving or consciousness to operate), concentration, verbal and non-verbal abstract reasoning, judgment, and visuospatial perception and construction.

As regards impacts of dementia when suffering from clinical progression, almost all elderly patients of dementia suffer from neuropsychiatric symptoms, especially Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) which may be present in as many as 90% of individuals stricken with dementia at some point in the disease trajectory. BPSD are symptoms of disturbed perception, thought content, mood, and behavior, and they may also include anxiety, depression, hallucination, delusion, aggression, screaming, restlessness, agitation, and resistance to care. According to (Dettmore D, 2009) and (Kolanowski, 2010), it has been estimated that 83% of older persons with dementia have psychopathological symptoms including delusion, affective symptoms, anxiety, verbal outbursts, hallucination, and physical aggression. In addition, (Kolanowski, 2010) has reported the incidence of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) as shown in **Table 1**.

Table 1: The incidence of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Signs or symptoms		Incidence (%)
Perceptual	Delusion	20-73
	Misidentification	23-50
	Hallucination	15-49
Affective	Depression	Up to 80
	Mania	3-15
Personality	Personality change	Up to 90
	Behavioral change	Up to 50
	Aggression / hostility	Up to 20

Beside this, the classification of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) is shown in **Table 2** below

Table 2: The classification of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

BPSD	Group 1 Most common Most distressful	Group 2 Moderately common Moderately distressful	Group 3 Less common manageable
<b>Psychological</b>	Delusions	Misidentification	
	Hallucinations		
	Depressed mood		
	Sleeplessness		
	Anxiety		
<b>Behavioral</b>	Physical aggression	Agitation	Crying
	Wandering	Pacing	Cursing
	Restlessness	Screaming	Lack of drive
		Culturally inappropriate behavior	Repetitive questioning
		Behavior and disinhibition	Shadowing

#### *Signs and Symptoms of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*

Previous studies have reported that signs and symptoms of behavioral and psychological symptoms of dementia could occur in the process of the disease and that most of the older persons of dementia have Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) which could be described in detail as follows:

#### *Psychological symptoms*

*Delusion:* It has been documented that delusion is generally found in 20%-73% of older persons with dementia. A frequently found delusion symptom is paranoid delusion, including committing robbery, having strange behaviors, disguising, and talking to self, and being promiscuous. The prognosis of delusional symptoms is aggressiveness.

*Hallucination:* Hallucination is found in approximately 15% to 49%, with visual hallucination more common than auditory hallucination. Visual hallucination is found in a moderate stage of dementia. However, visual hallucination may occur from visual misperception (agnosias).

*Depressed mood:* This is more commonly found in an early stage of dementia when patients experience loss of intellectuality. It is generally difficult to diagnosis depression in moderate to severe stages of dementia because of impairment of aphasia and communication. Demented older patients have the tendency to talk about deaths more frequently.

*Misperception:* Predominant symptom of misidentification in older persons with dementia is misperception of their own self (not seeing themselves in a mirror), misidentification of other persons, and misidentification of events seen on the television.

*Apathy:* This symptom is found in about 50% in patients in the early and middle stages of dementia. Apathy symptoms include not having interest in Activities of Daily Living and, isolation from others.

*Anxiety:* This is another symptom that is commonly found in the early stage of dementia when older persons perceive decreased brain function. Symptoms of anxiety include anxiety about Activities of Daily Living,

anxiety about financial situations, and anxiety about the future. In some older persons with dementia, they may develop anxiety due to fear of neglect when they are living alone, among the crowded, or in the darkness.

*Sleep disturbance:* A common pattern of sleep disturbance is having more daytime sleep and less nighttime sleep.

#### *Behavioral symptoms*

*Wandering:* Wandering is a symptom that is found in 3% to 53% and is the most problematic behavioral symptom for caregivers of older persons with dementia. It is often a cause that leads caregivers to seek medical treatments for other persons with dementia. Wandering symptoms include trying to work, trying to find something, and escaping from the house.

*Agitation:* Agitation is reported in 16% to 46% of older persons with dementia, and it includes screaming and aggressiveness. The Cohen-Manfield Agitation Inventory (CMAI) is used to classify agitation into four groups as follows:

1. Physically non-aggressive behaviors include general restlessness, repetitive mannerisms, pacing, trying to get to a different place, handling things inappropriately, hiding things, inappropriate dressing or undressing, and uttering repetitive sentences.

2. Physically aggressive behaviors are generally found in 14% of older persons with dementia, especially males, including hitting, pushing, scratching, grabbing things, grabbing people, and kicking, and biting.

3. Verbally non-aggressive behaviors are more common found female older persons with dementia including negativism, dissatisfaction with things, constant requests for attention, verbal bossiness, complaining or whining, and relevant and irrelevant interruptions.

4. Verbally aggressive behaviors are found in approximately 28% of older persons with dementia including screaming, cursing, temper outbursts, and making strange noises.

*Catastrophic reaction:* Older persons with dementia may have acute bristly behaviors including intense aggressiveness, shouting, scolding, threatening, and causing harms to others. Catastrophic reaction is found in about 38% of older persons with mild to moderate Alzheimer's disease. Risk factors of catastrophic reaction are advanced age, severe cognitive impairment, and premorbid personality. Pre-clinical symptoms before catastrophic reaction include delirium, severe pain, and infection.

(Hall G, 2009) have examined the conditions precipitating factors of BPSD and identified a total of 22 factors that comprise: 1) communicating deficits, 2) pain or discomfort, 3) acute medical problems, 4) sleep disturbances, 5) perceptual deficit, 6) depression, 7) need for social contact, 8) hunger need to use the toilet, 9) loss of control, 10) misinterpretation of the situation or environment, 11) crowded condition, 12) change in environment or people, 13) noises and, disruption, 14) being forced to do something, 15) fear, 16) loneliness, 17) psychotic symptoms, 18) fatigue, 19) environmental overstimulation or under-stimulation, 20) depersonalized, rushed care, 21) restraints, and 22) psychoactive drugs.

Due to various impacts of dementia, older persons with dementia need long-term care and continuation of care from their caregivers. This means the greater caregiving demands on part of the caregivers, and the caregiving tasks can become more increasingly burdensome when the patients' symptoms are life-threatening, are, traumatic psychological and physiological symptoms, or are disruptive changes.

## 2.2 The Impact of Dementia Caregiving on Caregivers and Related Research

Currently, after dementia patients have been discharged from the hospital to receive continuing care at home, informal caregivers are the heart of care who provide assistance in daily living activities, behavioral and psychological management, and rehabilitation. The types of caregivers are classified by different researchers and scholars differently, which can be summarized as follows:

(Schumacher, 2006) has classified caregivers into different types based on the relationship between caregivers and care recipients. For instance, informal caregivers are persons who provide as unpaid care to care recipients, and they can be family members, friends, or significant others to patients with a chronic illness, disability, or physical and psychological impairment at home. Informal caregivers for the patients' needs in daily living as well as specific needs for continued of care.

(Susan C, 2012) has defined informal caregivers as unpaid family member, friends, or neighbors who provide care to an individual who has an acute or chronic condition and needs assistance to manage a variety of tasks, from bathing, dressing, and taking medication to oral or, tube feeding and ventilator care. On the other hand, formal caregivers can be persons who provide care in the hospital, institute, or private clinics such as doctors, nurses, or other health care professionals.

(Young, 2003) has were classified types of caregivers based on responsibility, duration of care, and daily living activities. According to Young, the types of caregivers are that composed of: 1) primary caregivers who are major persons who provide direct care to patients such as personal hygiene care and they have to spend more time on caregiving than others, and. 2) secondary caregivers are those who provide indirect care and their administration and duration of care are less than those of primary caregivers.

In addition, (H. Brodaty, and Berman, K. , 2008) have pointed out that informal caregivers spend an average of 60 hours per week on caring of the patients. However, in many families, the caregiving task is shared among family members who take on a secondary caregiving role and providing periodic caregiving to assist primary caregivers. Families tend to keep the caregiving role within the family, but they may hire outside help. A hierarchical pattern of caregivers preference exists with older people turning first to a spouse, then to an adult child, then to another relative, and finally to a friend for care. It has been documented that it generally takes caregivers at least six months to adopt necessary' behaviors to provide stable and continuing care after they first take on the caregivers' role (Prochaska, 1982). Therefore, the present study was conducted with informal caregivers of older persons with dementia who had been performing the caregivers' role for at least six months.

Most studies have reported the impact of dementia caregiving on caregivers in the form of caregivers' burden. As regards the impacts of caring for older persons with dementia, many caregivers had a higher level of stress than those caring for patients with a physical illness. The impacts of dementia caregiving are complex because there are various factors that affect caregiving and a sense of caregivers, which can be both positive and negative (O'Brien, 2000). A sense of caregivers' burden caused by caregiving of older persons with dementia can be described as follows:

1. Objective burden refers to a sense of burden from direct care including e a high level of dependence due to impaired Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IDALs). A previous study has reported that a sense of objective burden is found in 68.02% of caregivers (Papastavrou, 2007).

2. Subjective burden refers to a sense of stress, detention, annoyance, and a heavy task from caring for demented older persons constantly for 24 hours a day. Moreover, some caregivers could not handle the caregivers' role, problems solving, exhaustion, social isolation, and decreased relationship.

Therefore, it can be concluded that caregiving of older persons with dementia has an impact on caregivers in the forms of objective burden and subjective burden, which can further be described as the negative aspect and positive aspect of caregivers' burden.

### 2.3 Negative aspects of care of older persons with dementia

Due to the decline in cognitive abilities, the loss of functional capacity, the dwindling companionship, increasing demands of physical care, and possible behavioral changes in elderly persons with a dementing illness, caregivers' stress may be escalating (H. Brodaty, and Berman, K. , 2008). In fact, caregivers are often regarded as the 'second' or 'hidden' patients. The combination of loss, prolonged distress and the physical demands of caregiving inexperienced by caregivers can increase their risk of physical and psychological health problems. Caregivers of elderly persons with dementia have lower self-rated health scores, display fewer health promoting behaviors, and tend to have higher depression and anxiety rates, higher morbidity and mortality rates, sleep problems, and higher numbers of illness-related symptoms (A. s. Association, 2010a); (Elliott A, 2010) Caregivers provide assistance in all aspects of daily living activities of patients (ADLs and IADLs) including preparation of meals, household chores, transportation, medications, bathing, dressing, and feeding (Richardson, 2013).

*Physical health:* Physical health depends on health status of caregivers. Factors related to health status include behavioral and psychological problems of demented older persons, perception, knowledge, duration of care, a amount of task, abuse, weakness, and fatigue (Schulz, 2008). Physical exertions required by care of older persons with dementia, as well as less time available for - exercise and preparation of healthy meals are also impacts of caregiving tasks. Moreover, physical health consequences include increased stress hormone, inflammatory markers, hypertension, metabolic syndrome, and cardiovascular reactivity. Changes in health behaviors may also be observed (poor diet, reduced exercise, and lack of sleep), and general health can also be affected (poor self- reported health, increased symptom reports, increased medication use, increased service utilization, and mortality). A study has been undertaken to investigate the physical effects of caregiving among male and female caregivers of older persons with dementia by (Pinquart I., 2007) who found that male caregivers were more susceptible to physical illnesses such as cardiovascular disease from caring for older persons with dementia.

*Psychological health:* Caregivers of older persons with dementia are at a high risk of depression and a sense of burden. Supporting this belief, (Papastavrou, 2007) has reported that 65% of caregivers develop distress from caring for older persons with dementia. (Touhy, 2012) has explained that older persons with dementia have symptoms that progress overtime and this could affect caregivers' psychological health, and the effects vary. First, grief is a major dimension of caregiving for elderly persons with dementia, beginning on the day of the diagnosis and continuing for a long period of time until the patients' death. Secondly, losses are ongoing in caregivers of older persons with dementia, which include the loss of a relationship, loss of a previous lifestyle, and loss of independence, etc. Thirdly, depression is a common mood disturbance among dementia caregivers who are at a higher risk of depression because of social isolation, loneliness, and disturbance in sleep which can contribute to cognitive decline. Fourthly, guilt is ongoing, sometimes due to poor provision of care, dispute, and physical abuse when elderly persons with dementia resist care. Fifth, anger is a frequently occurring event during caregiving

because of symptom progression overtime. As such, caregivers may become angry with themselves, doctors, nurses, or other health care providers because they cannot help the elderly to get better. Sixth, embarrassment is a mini- event which requires behavioral modification during caregiving duties such as sexual disinhibition, aggressive behavior, and grabbing people, etc. Finally, loneliness can set in after caregivers have to provide care to elderly persons with dementia for 24 hours a day which result in social isolation and separation from friends.

A study conducted by (Norton MC, 2010) to explore depression in spouse caregivers has shown that spouses who provided care to demented patients had a six-fold risk to develop dementia themselves, with associated factors being age, education, socio-economic status, and genotype apolipoprotein E4. Moreover, (Scholzel-Dorenbos CJ., 2009) examined Quality of Life and burden of spouses of Alzheimer's disease patients and found that female caregivers had higher risks of psychological symptoms such as loneliness and depression when they were compared with male caregivers.

*Socio-economic well-being:* It was found that caregivers' socio-economic well-being could be affected in two ways as follows: relationship problems with older persons with dementia and relationship problems with other family caregivers due to the progress of the disease. With the progress of the disease, the patients have more problems with their ADLs. This means that they are more dependent on their caregivers. Long- term caregiving causes caregivers to feel bored and stressful. Some caregivers even abuse demented older persons by training them, shouting at them, not giving them the respect they deserve, or being cruel to them. Likewise, (Rabins, 2007) found that caregivers had emotional expression when they perceived that the symptoms of older persons with dementia disturbed their caregiving tasks, so caregivers responded, with cruelty in some cases, unfortunately. In a later study, (Ory, 1999) found that caregivers of older persons with dementia lacked times for individual activities. In fact, 52% of them lacked time to spend with other family members. Besides this, financial burdens included direct cost of care such as the costs for medicine, diagnostic test, hospital admission, palliative care in hospital, institutional care, and nursing home care, as well as indirect costs of care or; opportunity loss costs such as social isolation, change or leave from work, lower income, debts, and family conflicts.

*Spiritual well-being:* Caregivers burden cause caregiver distress. However, some caregiver sometime can develop guilt. Therefore, caregivers must be patient and learn to control their emotions. Moreover, many caregivers feel that they have lost loved ones from the impact of dementia. According to the values of the Thai culture, individuals must be grateful to loved ones and pay respect to their senior. When their seniors are stricken with dementia, caregivers may develop the feelings of frustration, hurt, and guilt, all of which can affect their spiritual well-being.

*In conclusion,* the negative effects of caregiving tasks of caregivers of older persons with dementia can persist up to 12 months after the caregivers have taken on the caregiver role (Grant I, 2002). For this reason, many research studies have investigated negative effects of caregivers' burden and development of intervention to support caregivers to decrease or prevent caregivers' burnout.

## 2.4 Positive aspects of care of older persons with dementia

Although many research studies have reported negative impacts of dementia on caregivers, there are also a number of research studies that have reported positive aspects of care of older persons with dementia. For instance, a qualitative study conducted by (Wassman, 2012) with caregivers who provided care to demented persons found that caregivers experienced positive aspects of their caregiving tasks including personal growth and



meaningful self-reflection in adult- child caregivers and spouses who provided care to their loved ones with dementia. A similarity study conducted by (Russell, 2001) found that caregivers' experience contributed to personal growth of spouses who cared for their loved ones with dementia. Moreover, (Quinn, 2010) explored the experience in caregivers of Alzheimer' disease patients and found that older spouse caregivers had ' experience more marital satisfaction than younger spouse caregivers. Such findings yielded support to what (Coon, 2012) has proposed, " the majority of caregivers readily endorse caregiving gain or positive aspect of caregiving including having the opportunity to serve as a role model, having the chance to give back to care recipients, experiencing and enhanced sense of purpose, feeling appreciated and helping to maintain the identity and well- being of family."

(Hilgeman, 2010) has documented that most caregivers report some satisfaction with providing care including feeling needed and useful, feeling good about oneself, learning new skills, developing a positive attitude and appreciation for life, and strengthening relationships with others.

## 2.5 Caregivers' responsibilities for care of older persons with dementia

This literature review has focused only on care of older persons with mild to moderate dementia. In fact, the progress of dementia involves continuing decline in both memory and behaviors that takes place over a long period of time. Individual symptoms caused by progression of mild to moderate dementia vary across older persons with dementia. The decline in patients requires caregivers to spend more time on interacting with older persons with dementia while providing care to them. Caregiving tasks generally start during hospitalization and continue to after hospital discharge and until the death of the patients. According to (Susan C, 2012) more than half of primary caregivers provide eight hours of care or more every week, and one in five of them provides more than 40 hours of care per week. Therefore, the caregivers' burden in dementia care is enormous. For this reason, much of the treatment of dementia is directed not only toward the older persons with dementia but also toward the caregivers. (O'Brien, 2000) has proposed areas in which the caregivers can assist older persons with dementia as follows: 1) memory aids (reminders, signage, computer-based reminder systems, etc.); 2) reminiscence enabling satisfying access to retained brain function using photos, videos, audios, and mementos; 3) accessing medications for cognitive enhancement while avoiding unproven or unsafe medications; 4) compliance with both drug and nondrug therapies; 5) reducing apathy (e.g., by helping to initiate activities); 6) mood disorders (recognition and management of depression); 7) psychotic symptoms (reducing delusional thinking, coping with hallucinations, etc.); 8) orientation to person, place, and time; 9) sleep phase disorders (early recognition and intervention); 10) concurrent illness, including alcoholism; 11) environment (familiar, visuospatially friendly, and reassuring environment); 12) safety maintenance (driving, cooking, fires, guns, etc.); 13) nutrition (reducing choices, spoon-feeding techniques, etc.); 14) exercises (preventing deconditioning, mobility maintenance, etc.); 15) facilitating socialization; 16) relocation (including appropriate level of care and fiscal planning); 17) ethical decision making (such as appropriate intensity of treatment); and 18) palliative care (recognizing terminality, avoiding inappropriate life support, etc.).

In addition to the aforementioned caregiving tasks, (Papastavrou, 2007) has recommended that general environmental should include an enclosed court and safe wandering paths. Many environmental factors can make a large difference in maintaining the older persons' orientation awareness of self in relation to one's surroundings. One primary goal of treatment of dementia is to minimize disorientation including confusion about time, location, and personal information. Disorientation often leads to disruptive behaviors, from verbal repetition to violent

outbreaks, wandering, and getting lost. One concrete and now very common technique to facilitate orientation to self and location in residential facilities is to mark older persons' room with memory boxes that contain photos of themselves and family and other identifying memorabilia. Moreover, physical and mental exercises within a regular schedule of structured activities can be utilized as a way to combat apathy, depression, wandering, physical deconditioning, sleep disturbance, and eating disorders. Regularly scheduled activities help the older persons due to general stimulation and help the caregivers by allowing them access to social contacts and the good health and behavior of older persons with dementia.

## 2.6 Interventions to reduce behavioral problems were as follows:

### *Depression*

Enjoyable activities (e.g., being outside, listening to music, exercising, riding in the car, etc.) of older persons with dementia should be identified and promoted. Redirecting and promoting a focus of the patients can be done by encouraging them to at familiar pictures and having a pleasant conversation with them. Furthermore, Increase social activities should be increased, particularly ones that the older persons once enjoyed but are no longer able to do alone. Sources of conflicts (e.g., do not ask them to do things that they can no longer do successfully) should be eliminated, and caregivers' mood should be improved in whatever way possible. A previous study has reported that a high prevalence rate of depression is found in that approximately 83% of caregivers of older persons with dementia (Aggar C, 2010).

### *Agitation*

Early interference can help prevent escalation and catastrophic reactions. Caregivers should stay calm, use a gentle voice, avoid arguing with patients, and use touch only if the patients find it reassuring. Caregivers should not startle an agitated person. The older persons with dementia should be approached slowly from the front, and they should be talked to in a reassuring manner. Moreover, caregivers should clearly tell the patients what they are going to do. They should stand or sit at their eye level, and they should. Redirect and refocus the patients by discussing something other than what is troubling the patients. They can, change activities or location if possible. Finally, they should get help if they feel that it is necessary.

### *Wandering*

To prevent wandering, bathrooms should be clearly labeled, and visual barriers (e.g., stop signs) should be used to direct patients to prevent their entry into particular areas. Hats, coats, exit signs, and so on that suggest leaving should be removed. Enjoyable seating areas that are inviting should be arranged, and meaningful activities and social interactions should be prepared to prevent boredom and loneliness. In addition, electronic alarms and transmitters should be used to alert caregivers that someone is wandering. Finally, identification bracelets that provide contact information and state that the older persons are memory impaired should be used in case older persons with dementia wander and get lost.

### *Sleep Disturbance*

To eliminate problems with sleep disturbance, regular sleep time routines should be encouraged and daytime napping should be limited, as well as alcohol and caffeine intake. Light levels and nighttime noises should also be reduced. Finally, compensate for changes in daily routine should be done by having "quiet time" after unusual activities.

### *Communication*

Older persons with dementia are often hard to follow in conversation and tend to repeat themselves, or ask the same questions over and over again. The interventions generally rely on external cues such as memory books, calendars, printed schedules, and index cards that contain the answers to frequently asked questions. In fact, communication with older persons with dementia can be improved by using hearing aids and glasses when appropriate; maintaining eye contact; speaking in a simple, distinct, and calm manner; asking direct yes/no questions and avoiding open-ended WH-questions; orienting the older person regularly; and knowing when it is important to haggle over details and when not (Kuller, 2011), for example.

## 2.7 Resilience in Caregivers of Older Persons with Dementia

### 2.7.1 Background of resilience

The concept of resilience has been studied for longer than 50 years. Initially, in 1950s and 1960s, (Rutter, 1985) (A. S. a. C. Masten, J. D. , 1998b) explored psychological characteristics and social relationships of children who had good adaptation even though they had faced poverty, violence, abandonment, family violence, and community violence, or had parents with a mental illness. It has been documented that, children who had connection with adults in the family and community had more cognitive skills, self- control, and optimism in life (Coon, 2012). Another research examined experience of resilience when facing acute and chronic stress and found that resilience was significant in life as it enabled individuals to return to normal life after having acute danger. Later on, research literature has identified other factors that are related with return to normalcy when facing with unfortunate events in life. Attention to the concept of resilience continues to receive support as it is considered positive psychology which enables individuals to overcome stress or psychological traumas. In other words, it is believed that resilience enables individuals to adapt themselves after encountering unpleasant events or psychological traumas. It enables individuals to express positive behaviors and act with sympathy and understanding. In general, psychological traumas obstruct individuals' development and growth, but if individuals have resilience, they would be able to regain their well-being, good health, and intellectual capacity. Results from various research studies may yield understanding about resilience which can be an alternative in helping people to overcome effects of stress and psychological traumas.

### 2.7.2 Definition of Resilience

Resilience refers to the capability of individuals to adapt themselves to a new or unpleasant environment and return to their normal condition. The term 'resilience' comes from the root 'resile' which was formally used for more than thousand years, after the Latin word "resilire" meaning 'return to normal rapidly.' 'Resilience' or 'Resiliency' is a noun which means competence to rapidly recover from distress. It also means competence to return to normal after facing a changing and, pressing event, or an event that is beyond one's control. In other words, resilience is human competence to rapid recover from complicated changes, illness, or distress rapidly without any defects on their ability to carry out their regular duties.

There are various definitions of resilience given by different researchers and scholars as follows: First of all, (Al. Siebert, 2007c) has defined the term resilience as people individuals' ability to effectively cope with problems, changing situations, or uncertainty without suffering from negative impacts. Secondly, the American Psychological Association (A. P. Association, 2007) has explained that resilience refers to a good adaption process

when individuals are facing unfortunate events such as family and relationship problems, severe health problems, work place problems, and financial problems. Thirdly, (A. S. Masten, 2009) definition of the term resilience emphasizes that the term is deep cultural context, development and past background, and it has a time frame which may become clear when individuals follow the time frame, both short-term and long-term.

In Thailand, the Department of Mental Health, Ministry of Public Health (Health, 2009) has defined resilience as individual competence to awareness, adaptation, self-positivism, recovery, and balance after being exposed to critical or serious events, both physically and psychologically.

In conclusion, based on the literature review, the term 'resilience' is defined as individuals' adaptation and competence, depending on their culture, context, and time frame when facing with serious events in life, both physically and psychologically.

### 2.7.3 Resilience enhancement

Enhancing resilience in caregivers of older persons with dementia can be done by enhancing their sense of power competence (Davis, 1999). According to (Al. Siebert, 2007) the ways to enhance caregivers' resilience are as follows: 1) promoting expectancy as study results have shown that individuals who have optimism and good health are more able to resist stress, be patient, and have higher individual success; 2) maintaining enjoyment and humor in life and, having a good time in all places since research findings have pointed out that positive feelings increased cognitive skills and effective resilience; 3) having curiosity, pose asking questions, wanting to know how someone can become thing successful, and trying to seek for such experiences; 4) continuing learning experiences, and posing a question how such an experience has occurred and how it will occur again in the future; 5) developing emotion resilience such as; strength reasoning intuition, etc.; 6) having satisfaction with self- confidence and continuing to see value in self; 7) developing self- concept, internal standards, values, and references for practice and to protect self from harm; 8) permitting one's performance to guide one when selecting alternatives, practices, and arrangement from other persons who try to give support without wanting any benefit in return; 9) maintaining good friendships and relationships with loved ones to increase resistance to stress and illnesses; 10) having sincere expressions and emotions, both positive and negative; 11) developing empathy such as; accepting others' opinions even if those persons often give criticisms; 12) having confidence in one's competence; and 13) keeping in mind that special competence can help discover something by chance. Learning life experience causes individuals to change in a dominate situation by others while maintaining their strength. An example of a high level of resilience in caregivers is a, speech about a troubled situation, "I do not wish to have that kind of experience again, but is still the best life experience."

Furthermore, (Al. Siebert, 2007g) has mentioned that resilience enhancement can be divided into five levels as follows: a) the first level has a good health and well- being that is composed of emotion control such as coping with emotional reactions with appropriate methods; b) the second level involves development of problem-solving skills to prepare oneself using analytic intelligence such as; logical thinking and abstract thinking; c) the third level refers to development of strength to protect oneself with a focus on three internal dimensions of confidence in oneself, seeing value in oneself, and having a positive self- concept; d) the fourth level refers to development of a high level of resilience by developing competence and skill found in with a high level of resilience person such as; learning by oneself, and having curiosity, hope, optimism, and trust in oneself; and e) the fifth level is the highest level of resilience possible, and it is a special competence that enables individuals to change from an unfortunate situation to a fortunate one.

The American Psychological Association (A. P. Association, 2010) has mentioned that the component of resilience which individuals can enhance by themselves comprise the following: 1) taking care of and maintaining relationships with family; 2) having relationships that lead to love and understanding; 3) having a role model relationship; 4) having moral support and confidence in relationships; 5) having the ability to actually develop plans and implement successes; 6) maintaining positivism, confidence, hardiness, and performance in oneself; 7) promoting communication and problem-solving skills; and 8) having the ability to manage emotional and motivation effectively.

According to the American Psychological Association (A. P. Association, 2013) the methods for resilience enhancement are as follows: 1) building a good relationship with family members, friends, or others, as well as having acceptance and willingness to , listening to them; 2) avoiding negative thinking and stress during critical events that make individuals feel like giving up even though individuals cannot change actual events that cause a high level of stress but they still have the ability to think about how to respond to and interpret the events; 3) accepting that change is a part of life as well as accepting that some situations cannot be changed; 4) having a purposeful and goal- directed action and having satisfaction even if the success is a minor one; 5) continuing practices within a bad situation as one possibly can and hope that the problems and stress will eventually be finished; 6) seeking the opportunity to discover oneself through experiential learning to find out growth may stem from effects of fighting or loss, as many persons who are able to cope with grief and distress have better relationship, self-values, spiritual development, and satisfaction with life; 7) maintaining self- positive support, self- confidence, problem-solving ability, and intuition for resilience enhancement; 8) keeping a story when being exposed to distressful events and trying to consider stressful events in a global context; 9) maintaining hopeful attitudes and optimism instead of anxiety and fear; and 10) having self-care and self-awareness such as group activity, relaxation, exercise, etc.

(Luthar, 2006) has an established observation of resilience as follows: 1) resilience is a concept about complexity and family often needs operational definition and concept; 2) resilience is not only a characteristic or process but it is also related to a great number of characteristics and other processes; 3) have many trails could lead to resilience; it is hypothesized that resilience occurs from internal competence; 4) evidence- based research has shown clearly the process of communication and adaption of competence from an external state that has an impact on resilience; and 5) actual methods should be used to enhance resilience.

#### *Summary*

Resilience enhancement can be done based on the resilience theory of Davis (Davis, 1999) which is one of the resilience enhancement methods that support individuals' self-control with various factors that have an effect on health and Quality of Life (QOL). Resilience enhancement could make individuals develop a sense of power competence, well-being, and awareness of health so as to maintain the balance between physical health and psychological health when facing a life- threatening or, life- changing event. Resilience enhancement enables individuals' access to available resources of health in order to benefit both the caregivers' health and the care recipients' health.

## 2.8 Factors related to resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia

Factors influencing resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia is significant for development of multi-component counseling program. An extensive review of previous research has revealed that

caregivers' burden has an influence on resilience enhancement. According to (Scholzel-Dorenbos CJ., 2009) " a level of burden experienced by the caregivers of patients with Alzheimer's disease depends on both caregivers and patients factors." Caregiver factors include age, duration of caregiving, workload, gender, educational background, income, employment status, sleep disturbance, coping style, understanding of disease, psychological state, and relationship with patients (MG Cherry, 2013). On the other hand, patient factors include duration of disease, severity of disease, presence of psychiatric symptoms, severity of cognitive impairment, functional abilities, poor Quality of Life, and educational background. These factors could explain why some caregivers adapt and become competent when facing critical or life-threatening events, whereas others could not adapt and become weak and powerless. Therefore, in this study, in the phase of testing the program, these factors were included in both the experiment group and the control group.

#### *Summary*

Factors related to resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia are as follows: 1) intrapersonal factors include beliefs that extremely influence individuals' ability to manage problems, threats, and distress. Individuals who have good beliefs tend to also have the ability to perform self-care, maintain hope, and utilize the resources and values to ensure self-respect, self-control, meaning of life, hardiness, and motivation. 2) Interpersonal factors such as social support from the spouse, relatives, children, grandchildren, and professional healthcare team members, as well as education, advice, support, and self-confidence are considered influential interpersonal factors. Moreover, support from other caregivers who share experiences and exchange ideas and information could enhance caregivers' resilience as well.

## 2.9 Outcomes of resilience enhancement

According to the resilience theory of Davis (Davis, 1999) the outcome of resilience enhancement is participatory competence. Competence is an interpersonal process that is composed of the following: 1) self-development which refers to improvement and change; 2) sense of mastery which refers to a sense of competency and ability to be exposed to serious situations, learning, and problem solving to achieves goals; 3) a sense of satisfaction which refers to a good sense, self-confidence, and spirit; and. 4) purposes and meaning of life which refer to a sense of self-respect, self-value, and self-esteem. Furthermore, the outcome of resilience enhancement is competence or a sense of power competence, a sense of success in a critical situation, satisfaction, self-development, goal-setting, and meaning of life. Caregivers' competence should be promoted so as to enable them to handle the caregiver role in order to maintain health, prevent further problems, and take care of caring physical health, psychological health, social condition, and spiritual well-being of older persons with dementia. In the present study, the process of enhancing resilience enhancement of Davis (Davis, 1999) The intervention focused on promoting caregivers' competence to control various situations while caring for older persons with dementia. The program contents included the, knowledge about caring for older persons with dementia, as well as a sense of power competence that could help make caregiving of older persons with dementia successful. It was believed that the positive and desirable outcomes of enhancement of caregivers' resilience could be promoted with caregiver support interventions (multi-component counseling program developed in the present study).

## 2.10 Multi-component Counseling Program

A multi-component counseling program is one of caregiver interventions which are not only tailored to support caregivers and make them become more competent and self-confident but also provides appropriate

care to older persons with dementia to ensure their reception of effective care and safety. In general, primary caregivers spend an average of 60 hours per week caring for people with dementia (H. Brodaty, and Berman, K. , 2008). However, in many families, the caregiving duty is shared among family members who take on a secondary caregiving role and provide periodic caregiving. Moreover, Brodaty and Berman (2008) have pointed out that “the caregivers are often regarded as the second or hidden patient.” For this reason, prevention of the negative effects of caregiving of older persons with dementia on both physical and psychological health is needed. In the present study, the literature review has provided research evidence on interventions for caregivers of older persons with dementia. Interventions can directly support directed to caregivers to reduce their caregivers burden, and distress. Overall efficacy of interventions is directed toward caregivers’ health and well-being. In the process of participation in the intervention program, caregivers are considered clients who directly need to receive the first benefit, while the second benefit goes to older persons with dementia. Furthermore, interventions can make caregivers more competent and confident. Providing interventions, information, and support that focus on what individual caregivers need in a clinical practice guideline is one goal of an intervention program in general. The newly developed program combined health counseling and multi-component interventions as described below:

### 2.10.1 Health counseling

Being new caregivers may make individuals feel they need individual health counseling for this reasons. They may want to talk about their problems, seek emotional support, learn how to manage their stress, develop new coping skills, and practice problem-solving techniques. Moreover, they may need to gain knowledge for adaptation while caring for older persons with dementia. (Patterson, 2003) found that individual health counseling which focuses on problem-s solving and emotional expression could reduce psychiatric symptoms in caregivers and improve the relationship between the caregivers and care recipients. Furthermore, (Bowlby Sifton, 2004) have pointed out that “knowledge is a great source of power”. It could increase confidence, capability, and competence in caregiving.” Similarly, (Gallagher-Thompson, 2000) have explained that “knowledge also fasters realistic expectations and can increase self- efficacy, personal mastery, and lower levels of depression.”

In a study undertaken by Blonna, Loschiavo, and Watter (Blonna, 2011) health counseling was used as guideline for program implementation. Health counseling has become a central area of practice for a variety of professionals including health educators, nurses, psychologists, psychiatrists, and social workers. Health counseling refers to a psycho-educational process that revolves around two primary functions: 1) helping clients to understand and cope with the feelings and emotions associated with their health problems, and 2) helping clients to develop and adhere to regimens designed therapeutic to treat, cure, or manage these problems. The educational part of health counseling is related to the teaching and learning of information and skills necessary to manage health problems. The process focuses on an intensive, interactive relationship between a health counselor and a client that centers on the health problems that is the basis of the person’s need for counseling. The concept of health counseling is combines of health and well-being, and it is composed of six dimensions as follows:

1. Physical well-being is reflected in how well the body performs its intended functions. The absence of diseases, although it is an important influence, is not the sole criterion for health. The physical domain is influenced by individuals’ genetic inheritance, nutrition status, fitness level, body composition, and immune status.

2. Intellectual well-being is the ability to process information effectively. It involves the capability to use information in a rational way to solve problems and grow. This dimension includes issues such as creativity,

spontaneity, and openness to new ways of viewing a situation. To maintain a high level of intellectual well-being, individuals must seek knowledge and learn from their experiences.

3. Emotional well-being means being in touch with own feelings, having the ability to express them, and being able to control them when necessary. Optimal functioning involves the understanding that the emotions are the mirror of the soul. Emotions help individuals to get in touch with what is important in their life. In other words, individuals' emotions make them feel alive and provide them with a richness of experience that is uniquely human.

4. Social well-being involves being connected to others through various types of relationship. Individuals who function optimally in this domain are able to establish and maintain friendships, have intimate relationships, give and receive love, and affection, and accept others unconditionally. They are able to of themselves and share in the joys and sorrow being part of a community.

5. Environmental well-being involves a high- level functioning. The environment greatly affects your individuals' overall health and personal safety by influencing whether they are at risk for and fear issues such as theft, crime, and violence. The quality of air, water, and noise pollution;, crowdedness; and others issues that affect individuals' stress level are also included. Finally, individuals' social support system is also part of this environment.

6. Spiritual well-being is a belief in or relationship with some higher power, creative force, divine being, or infinite source of energy. This belief is manifested in a sense of interconnectedness, as well as a feeling that somehow, someway, we are all in this together. For individuals whose spirituality is religion- based, it is ecumenical in scope. It is part of but transcends individual religion. Those whose spirituality is religion-based believe in a Supreme Being or higher supernatural force and subscribe to a formalized code of conduct. On the other hand, for individuals whose spirituality is secular, it is universal or even extraterrestrial. In a secular sense, spirituality could manifest itself through connection to something greater than oneself.

Spirituality is a two- dimensional concept. The first dimension relates to a connection with a higher being or power. The second dimension is connected to one's relationship with the self, others, and the environment. A continual interrelationship links the two dimensions. Feeling connected with a higher power or being gives individuals faith and hope and helps us believe that they can do things to make life meaningful. Those with a high level of spiritual health behave in an interconnected way.

## 2.10.2 Philosophy of health counseling

The philosophy of health counseling is based on the nature of human beings and their relationship, sincerity, and empathy, for support of clients and is also based on ethics. A counselor believes that human beings have dignity, value, competence, self-efficacy, and deliberation.

### *Ethics of health counselor*

Ethics of health educators are as follows: respect for clients, adherence to confidentiality, consideration before using data, avoidance of disclosure of the name and surname of clients, seeking signed informed consent before tape- recording or conducting other kinds of observation, offering support to clients for self-development, referring to experts in case of the counselor's being unable to support the clients, and having morality.



### 2.10.3 Principles of health counseling

1. Health counseling is focused on relationship, education, and skills of counselors in order to support clients based on individual situations and competence. Clients' self-competence and problem-coping should be promoted effectively by a health counselor.

2. Health counseling does not focus on advice, guidance, advocate or judgments for clients because health counseling believes that human beings all have competence.

3. Health counselors believe that all human beings have dignity and ability to conduct self-care, and self-support for individual is done to enable them to achieve the goals. Health counselors also believe that human beings have the, rights to think and make judgments in their lives.

4. Health counselors must take factors that have an effect on health into careful consideration including individuals, their environment, and health service systems.

### 2.10.4 Process of health counseling

The process of health counseling is intensive, and it involves an interactive relationship between the health counselor and clients that revolves around the health problems that are the basis for individuals need for counseling in the first place.

Health counseling is, in fact, an intensive and, exhaustive, process because it involves identifying, understanding, and managing clients' complex emotions so as to be able to teach them detailed instructions so that they will be able to for manage their health problems. There are three steps of health counseling in each session as follows:

1) Building a relationship between the counselor and the client is an initial step of the process counseling. In particular, first counseling may consume more time than the following session because good relationship needs to be established to make the client feel warm and trust the counselor. Relationship building must be practiced in every session of counseling to ensure maintenance of the good relationship between the two parties.

2) Need assessment is done in order to provide techniques, concepts, education, counseling, and support to serve individual caregivers' needs. Then, the technique taught in the session should emphasize the social learning theory of Bandura (Bandura, 1977) which includes sharing experience, support, modeling, role playing, practice, feedback, case study, and homework assignments.

3) The end of counseling in this step is divided into two cases that comprise: 1) finishing each case when the client feels that the problems have already been solved and they do not need further counseling, and 2) finish each session with the counselor raising the client's awareness before the end of counseling sessions, emphasizing what to practice before receiving counseling in the next session, and making an include appointment for the next session.

### 2.10.5 Characteristics of effective health counselors

In brief, in order to perform their tasks effectively, health counselors need to possess the following characteristics:

1. Self- knowledge and development: Effective counselors are introspective. They are committed to understanding themselves as well as their clients. They also respect the insights gleaned through maturity and value the wisdom that comes with experience and maturity.

2. Human's psychology: Effective counselors understand the psychological theory of human development and abnormalities. They also understand how the reality of the human condition influences development and how easily problems can occur.

3. Understanding of cultural conditioning: Effective counselors understand the effects of culture on psychological development and have a respect for cross-cultural differences. Furthermore, they value and respect cultural and diversity, avoid stereotyping clients based on age, race, gender, ethnicity, sexual orientation, and other variables.

4. The ability to see through situations: Effective counselors realize that things are rarely the way they are initially presented. They can tolerate ambiguity as they work through issues so as to uncover their thorough meaning. They can synthesize diverse factors and use their intuition to make sense of clients' stories as well.

5. A tolerance for messiness: Effective counselors realize that people and their problems are rarely tidy or well-organized. Rather, people and their problems are usually messy, filled with contradictions, and disorganization.

6. Openness and approachability: Effective counselors are open to new ideas and new things to view things. They do not let their experience become a liability by creating blind spot. They remain open-minded about nontraditional or seemingly illogical views and behavior presented by clients. They listen, reframe situations, and present options in a nonjudgmental way.

7. Holistic framework: Effective counselors understand the many dimensions of life and health that influence their clients. They respect issues such as spirituality that can serve as a source of strength for clients.

8. An ability to blend seemingly antithetical roles: Effective counselors realize that to help their clients they sometimes have to get clients to explore painful, troubling issues. Effective counselors, moreover, accept the responsibility to confront clients and frustrate them so as to assist clients in getting better.

9. A willingness to take risks: Effective counselors are willing to take risks and leave themselves open to criticisms and challenges from clients. They realize that they will make mistakes, have the gut to admit them, and have the sense to learn from their errors.

10. Genuineness: Effective counselors are real. They are comfortable with themselves and their personal style. They are not pretentious and do not need to be anything but themselves to be effective. They realize that their style may not fit every client and are willing to help clients find another counselor who better fits their stylistic needs if necessary. The types of health counseling can occur in a single session or multiple sessions depending on the nature and context of problems. Health counseling such as health promotion and health education may target any of the three levels of prevention: primary, secondary, and tertiary.

The types of health counseling can occur in a single session or multiple sessions depending on the nature and context of problems. Health counseling such as health promotion and health education may target any of the three levels of prevention: primary, secondary, and tertiary.

*Primary prevention* counseling seeks to teach clients the information, skills, and behaviors they need to eliminate their risk of ever developing the health problems.

*Secondary prevention* counseling tries to prevent the progression of health problems through early detection and prompt treatment. Health counseling associated with a screening program is an integral part of secondary prevention.

*Tertiary prevention* counseling focuses on helping clients cope with disabilities and complications associated with a variety of health problems.

*In summary*, the goal of health counseling is to help all types of clients understand and work through their feelings and emotions surrounding their health problems so that they can adhere to their therapeutic regimens, gain more control over their lives, and eventually get better.

#### *The practice of health counseling*

Health counseling is a practice that is not distinguished with a recognized professionals credential or specialty. Licensed professional counselors, psychologists and psychiatrists, health educators, nurses, physicians, nurses-practitioners, midwives, and physical therapists are among the many helping professionals who engage in health counseling.

### 2.10.6 Goal of health counseling

Generally, the goal of health counseling is to help clients understand and work through their feelings and emotions surrounding their health problems so as to enable them to adhere to their therapeutic regimens, gain more control over their lives, and get better.

#### *Health counseling techniques for caregivers*

Dementia has an impact on caregivers including emotional well-being, psychological condition, and feelings. Caregivers can avoid distress through three stages of disease and health counseling which focus on helping them accept the situation, solve both physical and psychological problems appropriately, and cope with the caregivers' role effectively. Health counseling can be described as follows:

1. Building relationship is done in order to build trust and rapport, with a focus on acceptance technique even though the client has expressed inappropriate behaviors such as impolite speech, aggressiveness, etc. Counselors should give the clients the opportunity to express frustration, with empathy, and support. Moreover, (Lueboonthavatchai, 2010) has proposed that a mutual relationship between the counselor and the client is was significant for health counseling, including rapport, acceptance, understanding, empathy, attentiveness, and beliefs.
2. Understanding refers to giving the clients the opportunity to express distress and, sufferings, with the health counselor giving advice on appropriate choices.
3. Recognition refers to use of speech that includes compliments and praises, especially with the use of the pronoun "you" and without any insulting speech.
4. Acceptance means support provided to the clients with understanding of their problems and, guidance for appropriate problems management.
5. Assurance refers to praises when the client has conducted appropriate practices or, done the right things.
6. Adjustment refers to support given to the clients to help them cope with problems appropriately, which can be in the forms of simulated situations, rehearsals, and hardiness.

#### *Outcomes*

1. Clients are safe from abuse of elderly persons.
2. Clients understand and accept problematic situations.
3. Clients have acceptance and cooperate with care of older persons with dementia.
4. Clients can have needed adaptation and accept the caregivers' role.
5. Clients develop a sense of power competence and self-value.

## 2.11 Multi-component interventions

According to previous meta-analyses of research and systematic reviews of research on caregiver interventions, it has been discovered that multi-component interventions rather than single interventions, including individual support education, can significantly reduce caregivers' burden and distress. Such a conclusion is supported by the results of the study conducted by Sorenson and colleagues (Sorensen S, 2002) who explored effectiveness of multi-component interventions among caregivers of older persons with dementia and found that individual multi-component interventions are more effective than group intervention to improve caregivers' well-being. Multi-component interventions also significantly improve caregivers' knowledge and delayed nursing home admission. Multi-component counseling programs are generally composed of multi-component interventions which include combining components from different interventions involving emotional- focused and problem-focused coping strategies. Such a program provides information regarding specialized behavioral and psychological techniques. As caregivers gradually become socially isolated due to their caregivers' role, their physiological and psychological well-being tends to decline, so interventions are needed to provide social contact and support that can help improve well-being of caregivers (R. W. Toseland, 2004).

Such interventions aim at preventing abuse and neglect of older persons with dementia, while improving caregivers' knowledge and skills. Such interventions also support caregivers with early detection of patient problems and management of patient care, as well as; disseminate education for medication administration, equip caregivers with coping skills for stress and anxiety management, and problem solving skills for behavioral and psychological well-being of caregivers of older persons with dementia. In these events, interventions, such as demonstration and rehearsal are designed to support the caregiver to make them understand how to communicate with older persons with dementia and manage negative reactions, or prevent older persons with dementia from abusing the caregiving situation. On the overall, multi-component interventions can enhance caregivers' competence and reduce possible abuse to older persons with dementia.

Previous research has reviewed factors related to successful interventions. Studies have also looked into provision of care to satisfy the needs of individual clients and address of issues in individual caregivers and care recipients. Interventions to reduce caregivers' distress and burden in both the short-term and the long-terms should consist of at least six sessions (H. Brodaty, 2009). Moreover, (Zarit. S., 2008) has proposed that "effective interventions for caregivers have four characteristics: a psychological rather than purely educational approach, multidimensionality, flexibility, and sufficiency in the amount or dosage of treatment." Multi-component counseling programs are individually tailored to suit the needs of clients that are related to individual caregivers' goal and specific caregivers' needs. By the same token, (Gitlin, 2003) has proposed that programs that are designed for individuals with specific needs appear more effective than generic programs. In this study, the multi-component counseling program which involves both caregivers and older persons with dementia, is considered more intensive and are consequently modified to suit the caregivers' needs. It is worth noting that this kind of programs appears to be more successful than provision of counseling alone. (H. Brodaty, Green, A. and Koschera, A., 2003) examined comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers and the results suggested that daughters and daughters-in-law of frail elderly parents have been found to make greater gains in psychological functioning and well-being when receiving individual counseling than group counseling. Besides, types of problems and issues specific to individual caregivers might be the most appropriate intervention

Finally, this the multi-component counseling program developed in the present study was composed of eight sessions of interventions: engagement session,; promoting self-care session,; communication skill training session,; relaxation technique session,; managing physical care session,; managing skill training session,; religious support session,; and termination session. All of the intervention sessions included in the program could be described as follows:

(1) Engagement session: This session aimed at establishing trust, goals, objectives, time, activities, and supportive relationships. The contents of this session were composed of: orientation of individual health counseling, establishment of trust and, mutual acceptance, achievement of goals, and accountability. Moreover, there was dissemination of education and overview of dementia, progression of the disease, effects of dementia on both caregivers and elderly patients, social stigma, caregivers' attitude towards the illness, and activities during participation in the program.

(2) Promoting self-care session: The individual health counseling focused on promoting physical self-care by sharing experiences based on individual life styles. Furthermore, provision of knowledge was conducted regarding intake of healthy food including low fat food, low sodium food, and low sugar food; avoidance of excess caffeine intake, drinking water, physical check- up, regular exercise, sufficient amount of sleep, and respite.

(3) Communication skill session: The individual health counseling focused on effective communication by sharing experience and providing support with knowledge about the communication practices including ineffective and effective listening, verbal and non-verbal language, and the skill of communication skills, based on a guideline on communication techniques proposed by (Weiner, 1996) as follows:

- Maintaining eye contact and placing your hand on their shoulder
- Avoiding memory questions because this kind of questions cause frustration
- Speaking at the same physical level as the person spoken to
- Using the person's first name that is easier to be remembered.
- Use photos to remind the person of family members
- When engaging in a new activity, calling the person's name and placing your hand on their arm with eye contact to get their attention
- Asking one question at a time and speaking slowly

(4) Relaxation technique session: This session was conducted with Thai characteristics, cultures, contexts, and implementation feasibility taken into consideration. The five techniques to change one's thinking that were not time-consuming, costly, or exhaustive was utilized. It was emphasized in the session that it was better to trying to do something that could lead to pleasure every day, even for only a short time. There were ways to change one's thinking while caring for older persons with dementia as follows:

- To do one thing, tomorrow is better than yesterday.
- You are not a perfect caregiver

- Be forgiving of your own mistakes and learn from them.
- Learn to laugh with yourself and with your loved ones.
- Think about somebody who can do something for you.

(5) Managing physical care session: This individual health counseling session focused on care of Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). Support was given in the form of with knowledge about ADLs including: dressing, toileting, bathing, preparing meals, transferring, and handling the environment. In addition, supporting knowledge about IADLs included: preparing meals, driving, paying bills, and managing finances. Support was also offered in the form of knowledge about the disease, its causes, necessity of take medication intake, and drug medication adherence.

(6) Managing skill training session: This individual health counseling session placed its focus on problem solving to manage Behavioral and Psychological Disorder (BPSD). The ABC model was used to deal with behaviors in the following manner:

- A = Antecedents (Did anything trigger the behavior?)
- B = Behavior of concern
- C = Consequence of the behavior

This was referred to as the 'ABC Approach,' and it had an effect on behavioral changes by manipulating triggers in physical, social, and environmental conditions. The behaviors and their probable causes were identified, and individualized care plans were formulated to reduce the burden of care. Observation and understanding of the reason behind the behaviors of older persons with dementia should ensure that proper management could be developed (Holroyd, 2004).

(7) Religious support session: This individual health counseling focused on individual preferences and beliefs when they felt hopeless, upset, and exhausted. In this study, most caregivers were Buddhists and who believed in the Law of Karma. Buddhism in fact provided directions for a happy life that could be achieved by practicing mindfulness or positive concentration, meditation, prayer, peace, and forgiveness. The contents in this session were composed of empowerment and sharing intense feelings about caregiving and illnesses, as well as discussion of ways to deal with negative feelings, sharing religious beliefs, and exploration of values and beliefs that may affect to care older persons with dementia.

(8) Termination session: the final individual health counseling session focused on reviews of previous sessions and planning of follow-ups with compassionate relationships and, polite human interactions. The contents of this session consisted of: evaluation of learning experiences, goal achievement, continue of individual support after completion of the intervention, and discussion of utilization of available resources in caring for older persons with dementia.

## 2.12 Summary of literature review

To summarize the literature review, the literature review has shed light on the impact of dementia on both older persons with dementia and their caregivers who could suffer from behavioral and psychological symptoms of older persons with dementia with a prolonged period of the disease. In order to enhance resilience and prepare caregivers, it is vital to help them handle with the caregivers' role at home. The literature review has clearly provided evidence that the multi-component counseling program is effective as it is developed with the

theoretical support of the resilience theory of Davis (1999) that is based on the six components of resilience. Therefore, the multi-component counseling program is considered a pattern of individual health counseling that can lead to enhancement of caregivers' competence. However, the literature review related to studies of the development of multi-component counseling programs with a specific focus on caregivers of older persons with dementia has indicated that there is limited research literature available. Therefore, this study was conducted in order to develop and examine the short-term effects of a multi-component counseling program for caregivers of older persons with dementia in the Thai context.





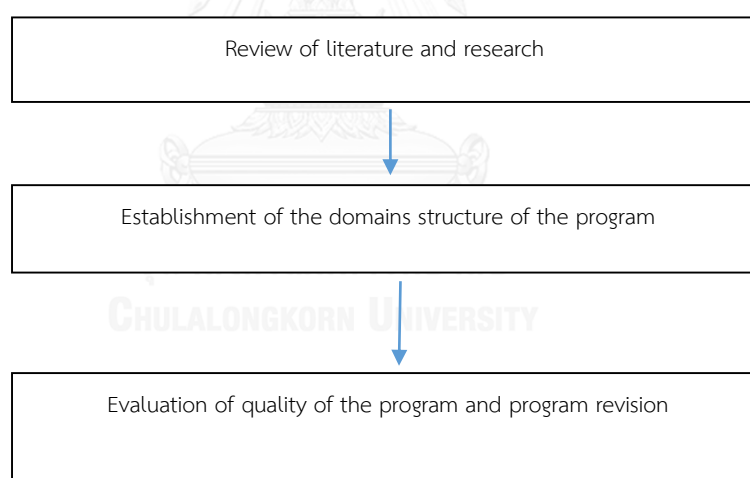


## CHAPTER 3: METHODOLOGY

This present study was a research and development study which aimed to investigate resilience enhancement in caregivers of older persons with dementia. The methodology of this study was divided into four phases. The first phase was program development: the multi-component counseling program included a review of literature and research, establishment of the domains structure of the program, evaluation of the quality of the program, and program revision. The second phase was the examination of the short-term effects of the eight weeks multi-component counseling program on resilience of the participants in the intervention group who were primary caregivers of older persons with dementia. The third phase was scale development: The Caregivers Resilience Scale (CRS) including the exploration of the concepts of resilience and specification of the domains of caregivers' resilience, formatting the Caregivers Resilience Scale (CRS), and psychometric evaluation. Finally, the fourth phase focused on evaluation of validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS). Ethical considerations were also addressed in Phases 1-4 of the study.

### 3.1 Phase 1: Program development: The multi-component counseling program

The procedures of program development is illustrated in **Figure 4**.



**Figure 4:** Procedures of program development

The first phase of the study was program development for caregivers of older persons with dementia. There were four steps involved in program development: review of literature and research, establishment of the domains structure of the program, evaluation of the quality of the program, and evaluation of the short-term effect of the program, which can be described as follows:

#### 3.1.1 Step 1: Review of literature and research

The literature review in this step was done with online search of the medical databases including MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), CINAHL, ProQuest, ScienceDirect, MedConsult, and PsycINFO. The

keywords used in the search for clinical significance were a combination of technical terms or their synonyms including “caregiver,” “dementia,” “caregiving,” “caregivers burden,” “caregivers intervention,” and “effects of dementia,” which were combined with terms related to caregivers interventions including “psycho-educational interventions,” “education,” “support,” “individual counseling,” and “training.” The literature selected in the search was published between 2008 and 2013 or previously. The search excluded respite care, and only the literature published in English was included.

According to the synthesis of the selected research literature, the Multi-component Counseling Programs were more effective than other caregivers’ interventions. Therefore, the Multi-component Counseling Program was developed by the researcher of the present study.

### 3.1.2 Step2: Establishment of the domains structure of the Multi-component Counseling Program

The aim of this step was to specify the domains structure of the multi-component counseling program. The Resilience theory of (Davis, 1999) and the data collected from an exploration of caregivers’ resilience were used as a guideline for establishing the domains structure of the program. The domains structure of the program consisted of six domains as follows: physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. Moreover, the program was structured based on Semantic Model which uses language to describe and show association of multi-component interventions (Keeves, 1997). In brief, the structure of the program was composed of the title, duration, objectives, contents, procedures, and evaluation.

Program intervention was considered a multi-component intervention with an aim to enhance resilience in caregivers of older persons with dementia. The program was composed of eight sessions which presented information, education, and support, and the interventions topics were as follows: session one: – engagement, session two: – promoting self-care, session three: – communication skill training, session four: – relaxation technique, session five: – managing physical care, session six: – managing skill training, session seven: – religious support, and session eight: – termination. Each of the sessions lasted approximately, 45 minutes to 1one hour. These sessions provided necessary interventions to enable caregivers to successfully cope with their caregivers’ role. The Multi-component Counseling Program was conducted eight sessions which 45 minutes to one hour per session. Each session of the program emphasized sharing experiences, support, learning principles of modeling, role playing, practice and feedback, and homework assignments, all of which were believed to help develop skills effectively skills effectively (Bandura, 1977). The intervention of each session is described as follows:

#### Session 1: Engagement

The engagement session was composed of establishing trust and rapport based on the goals and objectives previously specified. The activities of the engagement session were the following:

- a. Orientation about the program and establishment of trust, acceptance, objectives, rules, and individual accountabilities.
- b. Education about dementia and, its effects on elderly persons, caregivers, and family caregivers, as well as its social stigma, and a guideline on problem-s solving.
- c. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual sessions

#### Session 2: Promoting self-care

The session on promoting self-care focused on self-care enhancement based on the context of individual caregivers' usual life style. The activities of the self-care enhancement session were the following:

- a. Sharing experiences about self-care promotion for usual life style
  - b. Provision of knowledge of good health including healthy food, exercise, physical check-up, sleep, and health behavioral adaptation.
  - c. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual session
- Session 3: Communication skill training

The communication skill training session focused on using speech and body language by sharing experiences, giving support by providing knowledge of communication techniques, role- playing, practice, and feedback. The activities of the communication skill training session were as follows:

- a. Promoting caregivers' insights by sharing experiences with communication for usual care.
  - b. Promoting caregivers' insight by sharing experiences with communication with older persons with dementia.
  - c. Provision of support in the form of knowledge about speech and body language communication techniques.
  - d. Discussion of case studies and role- plays on speech and body language communication with older persons with dementia.
  - e. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual session
- Session 4: Relaxation technique

The relaxation technique session focused on the use of five techniques to changes one' thinking by sharing experiences, giving support with provision of knowledge, and homework assignments. The activities of the relaxation technique session were as follows:

- a. Promoting caregivers' insight by sharing experiences with relaxation techniques.
- b. Providing knowledge about five techniques to changes one's thinking
- c. Giving homework assignments for practice of the five techniques to changes one's thinking
- d. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual session.

Session 5: Managing physical care

The managing physical care session was related to physical care enhancement for older persons with dementia. The session emphasized Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and involved sharing experiences, giving support with provision of knowledge, and giving homework assignments. The activities of the managing physical care session were the following:

- a. Promoting caregivers' insight by sharing experiences with practice of care of ADL and IADL
- b. Providing knowledge about care of Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL).
- c. Using case studies and role- plays to exemplify how appropriate care could be implemented.
- d. Giving homework assignments for practice of care on a daily basis.
- e. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual session.

Session 6: Managing skills training

The managing skills training session focused on problem solving skills to manage Behavioral and Psychological Disorder (BPSD) by sharing experiences, providing knowledge, using case studies, and giving homework assignments. The activities of the managing skill training session were as follows:

- a. Promoting caregivers' insight by sharing experiences with problem solving skills to manage Behavioral and Psychological Disorder (BPSD).
- b. Providing knowledge about problem-s solving skills to manage Behavioral and Psychological Disorder (BPSD).
- c. Using case studies and role- plays to exemplify how appropriate care could be implemented
- d. Giving homework assignments for practice of care on a daily basis
- e. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual session.

#### Session 7: Religious support

The religious support session focused on restoring and maintaining balance of the mind by sharing experiences, providing knowledge, using case studies, and giving homework assignments. The activities of the religious support session were as follows:

- a. Promoting caregivers' insight by sharing experiences based on personal beliefs in fate, power of praying, merit making, and forgiveness depend on individual belief.
- b. Providing knowledge about balance of the mind including loving, kindness, compassion, politeness, and humanized care.
- c. Giving support for participation in religious activities or ceremonies.
- d. Giving homework assignments for practice
- e. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G) and end of the individual session.

#### Session 8: Termination session

The termination session consisted of review, plan for follow-ups, and ability to cope with the caregivers' role and continuation of care. The activities of the termination session were as follows:

- a. Review of the knowledge learned from every session previously conducted
- b. Discussion of the feelings, and benefits of continuation of care in the future.
- c. Evaluation of knowledge and giving support in the form of health counseling after completion of the intervention
- d. Explanation of post- intervention and follow-up at one month and , three months.
- e. Evaluation with the Intervention Record Form (Appendix G), end of the individual session, and making appointments for a one month, and a three-month follow up.

### 3.1.3 Step 3: Evaluation of the quality of the program

#### *Validity*

The evaluation criteria determine the quality of the program included congruence between six domains for resilience enhancement interventions support; correlation between concepts, objectives, procedures, and evaluation; and appropriateness and feasibility of program implementation. The quality of the program was validated by three experts. All three' experts had expertise working with psychiatric patients. Two were, psychiatrists who had specialization in geriatric psychiatry, and one was a psychologist with specialization in psychology and with experience related to program counseling. These experts examined the program in terms of accuracy, language use, and internal consistency with definitions of terms. The validation form for content validity required the three experts to give their opinions and comments on the relevancy and clarity of the contents by giving professional scores using a three- point rating scale (-1 = not relevant, 0 = somewhat relevant, and 1 = quite

relevant). The three experts were contacted through administrative staffs at the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, after which the program was sent directly to each of the experts. After, the three experts had examined the multi-component counseling program, they analyzed the program and completed the Content Validity Index (CVI). The CVI of = 0.5 or higher indicated that the program was valid. Subsequently, the program was revised and improved by the researcher based on the comments and recommendations of the experts.

In the revision process, the engagement session included an overview about dementia, and the promoting self-care session shifted its focus to prevention of non-communicable diseases (NCD). In addition, in the communication skill session, the contents of selected case studies were revised for a role-play activity ensure effective communication skill development. Furthermore, in the relaxation technique session, the interventions were revised, and the focus was shifted from traditional or basic interventions to rethinking or changing one's ideas. Also, the managing physical care session was revised using the usual guideline on care of ADL and IADL, and the contents of the managing skill training session were changed, with an addition of a guideline on problem-solving and a revision of the contents of a case study to suit were revised for the role-playing and to ensure effective management. Finally, in the religious support session, the interventions were revised and the focus was instead placed on flexible and individual beliefs.

#### *Reliability*

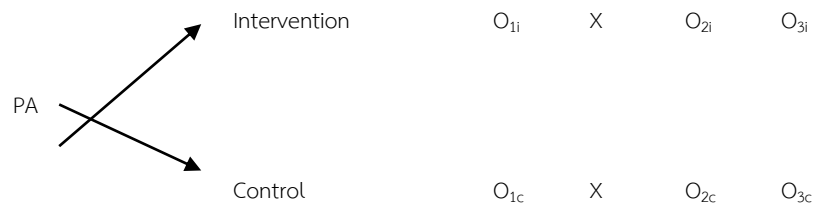
The pilot study of the program was conducted with three primary caregivers of older persons with dementia in order to confirm that the program was feasible to implement in an actual clinical setting. The results of the pilot study revealed that sessions 5 and 6 of the program were rather time-consuming, taking more than one hour as planned. As a result, session 5 and session 6 were revised and the session contents were re-organized, particularly specific significant symptoms that caregivers felt that they caused more hardship, problems, or burden to them. After the revision was completed, the program was tried out in **Phase 2**.

### 3.2 Phase 2: Try-out and evaluation of the program

In this phase, the study design, participants and setting, instruments, data collection, and data analysis are described as follows:

#### *Study design*

The study design in this phase was a quasi-experiment, with a two-group pre-test, post-test, and repeated measures design. The participants were purposively assigned into the intervention and control groups. The Caregiver Resilience Scale (CRS) was used to measure caregivers' resilience before the intervention (T1), at one month after the intervention (T2), and at the three-month follow-up (T3). The study design is illustrated below.



PA = purposive assignment to allocate participants in intervention and control group

X = the multi-component counseling program

$O_{1i}$   $O_{1c}$  = resilience scores before treatment

$O_{2i}$   $O_{2c}$  = resilience scores before treatment and one month after treatment

$O_{3i}$   $O_{3c}$  = resilience scores at three month follow-up

### 3.2.1 Variables

The study variables were composed of the independent, dependent, and controlled variables. The independent variable of this study was the multi-component counseling program. The dependent variable was resilience scores.

### 3.2.2 Research setting

The research setting was the Memory Clinic and Neurological Clinic at the Out-Patient Department of Suratthani Hospital located in, Suratthani Province, Thailand, which has the responsibility of taking care of dementia patients in the upper southern area of Thailand. Suratthani Hospital is 800 beds tertiary hospital and it is a teaching hospital and central referral hospital in the upper southern region of Thailand. It is full of in service hospital treatments include surgical, medical, orthopedic, pediatric, obstetric, gynecologic, oncologic, neurology, cardiovascular and Thoracic, and neurological.

In 2011, 2012, and 2013 the total number of older persons with dementia at Memory clinic and Neurological Clinic in Out-Patient Department were 907, 945, and 972 respectively (Suratthani Hospital Statistics, 2013).

### 3.2.3 Population and sample

The target population consisted of primary caregivers of older persons who had been diagnosed with mild to moderate dementia or any subtypes of dementia and who had sought treatment at the Memory Clinic and, Neurological Clinic of Suratthani Hospital from February 2014 to August 2014. The participants were approached and informed of the study. Written informed consent was obtained from those who verbally agreed to participate in the study (Appendix C).

### 3.2.4 Sampling technique

The participants were recruited by means of purposive sampling of purposive sampling based on the inclusion criteria previously set as follows: 1) they were a primary caregivers who provided the majority of care to older persons with dementia for at least eight hours per day; 2) they were between 20 and 60 years of age; 3) they were primary caregivers of older persons with mild to moderate dementia who had been diagnosed by a neurologists; 4) they were able to speak and understand the Thai language; 5) they agreed to participate in the

study; 6) they were able to completely participate all eight sessions of the program; 7) they had their first experience of their caregivers' role; 8) they had been providing care to older persons with dementia for at least six months; 9) they had been living with older persons with dementia for at least six months; and 10) they were living in Suratthani Province. On the other hand, the exclusion criterion was the following: 1) they received some kinds of treatment to control their mental illnesses including mood disorder and anxiety; 2) they had been hire caregivers.

### 3.2.5 Sample size estimation

The study was a hypothesis testing, using the repeated measures statistics. In this study, the power analysis was used to determine the sample size needed to confirm the power to ensure validity with statistical conclusion. The sample size calculation was based on the power analysis for experimental research (Bausell R B, 2006) with the desired standard power of 0.80 as the minimum acceptable power for the study. The level of significance was used to determine whether the findings rejected or supported the hypotheses. The minimum level of significance ( $\alpha$ ) was set at 0.05 in order to reduce the risk of Type I error, and the effect size was equal to 0.5 (medium effect size), with an additional 20% for attrition. Therefore, the final sample size was 30 participants in each group, and the total number of participants of the study was 60.

#### *Instruments*

The instruments used in this study could be divided into two categories: 1) intervention instruments and; 2) data collection instruments, which could be described as follows:

### 3.2.6 Intervention instruments

The multi-component counseling program was developed by the researcher. The program was composed of eight sessions of the intervention: session one: - engagement, session two: -promoting physical health, session three: -communication skill training, session four: - relaxation technique, session five: - managing physical care, session six: - managing skill training, session seven: - religious support, and session eight: - termination, each of which lasted approximately 45 minutes to one hour.

The caregivers' handbook for care of older persons with mild to moderate dementia was another intervention instrument. The contents of this handbook consisted of an overview of knowledge about dementia, care of ADL and IADL, and care of behavioral and psychological problems.

#### *Data collection instruments*

The instruments utilized in data collection included the following: 1) The demographic data questionnaire; 2) The clinical record form for demented elderly persons; and 3) The caregiver resilience scale (CRS), each of which could be explained below.

#### 1. demographic data questionnaire (DDQ)

The DDQ was developed by the researcher (Appendix B) for assessment of baseline demographic information of primary caregivers of older persons with dementia. This DDQ was composed of 12 items that elicited information regarding gender, age, education, occupation, religion, average family income, marital status, duration of caregiving per day, (hours), relationship with demented elderly persons, duration of the caregivers role (months), responsibility for care, and vacation.

#### 2. The clinical record from (CRF)

The CRF was developed by the researcher (Appendix B) to record baseline clinical characteristics of older persons with dementia. The CRF was composed of 11 items that recorded information including gender, age, religion, marital status, diagnosis, duration of diagnosis with dementia or subtypes of dementia (months), comorbidity, psychological problems, behavioral problems, ADL, and IADL.

### 3. The caregiver resilience scale (CRS)

The CRS was a self-administered scale that was developed by the researcher (Appendix D) to measure resilience in caregivers of older persons with dementia. There were 30 items arranged in a four-point Likert scale ranging from 0 to 3. The scoring criteria for positive statements were as follows: 0 = not true, 1 = sometimes true, 2 = frequently true, and 3 = mostly true. On the contrary, the criteria for negative statements were as follows: 0 = mostly true, 1 = frequently true, 2 = sometimes true, and 3 = not true. The possible total scores ranged from 0 to -90 points. The rating on the CRS scale was based on caregivers' perception as verbally reported by them. The periods of time for clinical interview was 20-30 minutes. A high score on the CRS indicated a greater level of resilience.

### 4. The Mini-Mental State Examination Thai 2002 (MMSE – Thai 2002)

The MMSE-Thai 2002 was developed by the Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health (Appendix E). The validity and reliability of the instrument when used with the Thai population had already been identified. The MMSE-Thai 2002 is used to assess severity of dementia, and the MMSE-Thai 2002 has to be administered by clinical nurses, clinical nurse managers, or clinical registered nurses. The MMSE-Thai 2002 is recognized as a standard tool to measure memory and cognitive ability in clinical practice.

The cut-off points of the MMSE-Thai 2002 were described as follows: 1) when used with the elderly persons who were illiterate, the cut-off score was  $\leq 14$ , 2) when used with the elderly persons who completed primary education, the cut-off score was  $\leq 17$ , and 3) when used with the elderly persons who had higher than primary education, the cut-off score was  $\leq 22$ .

A cut-off point of MMSE-Thai 2002 were described as follows: 1) elderly who had illiteracy a cut-off score  $\leq 14$ , 2) elderly who had education in primary school a cut-off score  $\leq 17$ , and 3) elderly who had education higher than primary school a cut-off score  $\leq 22$ . Criterion for mild to moderate dementia considers MMSE score 14 – 25. The criteria for diagnosis of mild to moderate dementia using the MMSE were the scores of 14 to -25 points.

### 5. Activities of Daily Living (Barthel ADL)

The Barthel ADL is generally recognized as a standard tool to assess functional ability of activities of daily living in older persons with dementia (Appendix E). It is usually administered by clinical nurses, clinical nurse managers, or clinical registered nurses. It is used to determine the severity of dementia, and the information is generally reported by primary caregivers of the patients. In this study, the ADL was composed of ten domains totaling 30 items, and the scores for each item ranged from 0 to -3 points. As for interpretation of total scores, the scores of 0 to -4 points referred to totally dependence, the scores of 5 -8 points referred to severe dependence, the scores of 9-11 points referred to moderately severe dependence, and the scores of 12+ points referred to mildly severe dependence.

### 6. The Chula IADL Index



The Chula IADL Index is used to assess functional ability of instrumental activities of daily living in older persons with dementia (Appendix E). The instrument generally helps determine the severity of dementia based on the information reported by primary caregivers of the patients. The IADL was composed of five domains, totaling 14 items. The scores for each item ranged from 0 –to 3 points. As for interpretation of scores, the scores of 0 -2 points referred to very low initial scores and total dependence, the scores of 3 -5 points referred to low initial scores and severe dependence, the scores of 6 -8 points referred to intermediate initial score and moderately severe independence, and the scores of 9+ points referred to initial high and mildly severe dependence.

### 3.2.7 Data collection procedure

The data collection procedure could be divided into the preparation phase and the intervention phase as described as follows:

#### *Preparation phase*

After approval was granted by the Institutional Review Board on Research Involving Human Research Subjects, Health Science Group, Chulalongkorn University (COA No. 063/2557) and the Ethics Committee of Suratthani Hospital (Appendix A and Appendix B) the pilot study was conducted with three 3 caregivers of older persons with dementia. The aim of the pilot study was to evaluate the feasibility. The aim of the pilot study was to evaluate the feasibility of implementation, reliability, and validity of the program. The participants who met the inclusion criteria were requested to participate in the program from 8: am. to 03:30 pm. Before, data collection commenced, the research assistants were oriented and receiving training on how to use the program with the researcher in order to ensure their understanding and ability to implement the program. The research assistants were geriatric nurses who had been trained in Gerontological Nursing and had experience providing nursing care to demented elderly persons. The instructions for the nurses who were research assistants included the process of participant recruitment, administration of the instruments, and acquisition of the participants' informed consent. Then, the researcher approached the head nurse of the Out-patient Clinic of the Internal Medicine Department, Suratthani Hospital, in order to explain the objectives and the process of the study.

### 3.2.8 Intervention phase

The procedures involved in the intervention phase were as follows:

1. All participants who met the inclusion criteria (n = 60) were asked to participate in this study. The study objectives and, data collection procedures were explained to them, and they were given the opportunity to ask questions in order to clarify their doubts.
2. After that 60 participants agreed to participate in this study, they were asked to sign the informed consent form before participating in the study. They were assured that they had the rights to withdraw from the study at any time if they wished without any effects on the treatments and care the patients would receive from the hospital.
3. To avoid the intervention (exposure) bias such as contamination and co-intervention effect that may have occurred when the participants intervention group and control groups shared the information, the participants in the control group (n = 30) were asked to complete the Caregiver Resilience Scale (CRS) to obtain the baseline data (T1) before data collection was conducted with the participants in the intervention group (n = 30). The participants in the control group received only usual care from the hospital.
4. The CRS was administered by the research assistants to measure resilience in caregivers. Data were collected at three points of times: before to interventions (T1), within one month after completion of the eight-week individual sessions (T2), and at the three-month follow up (T3).

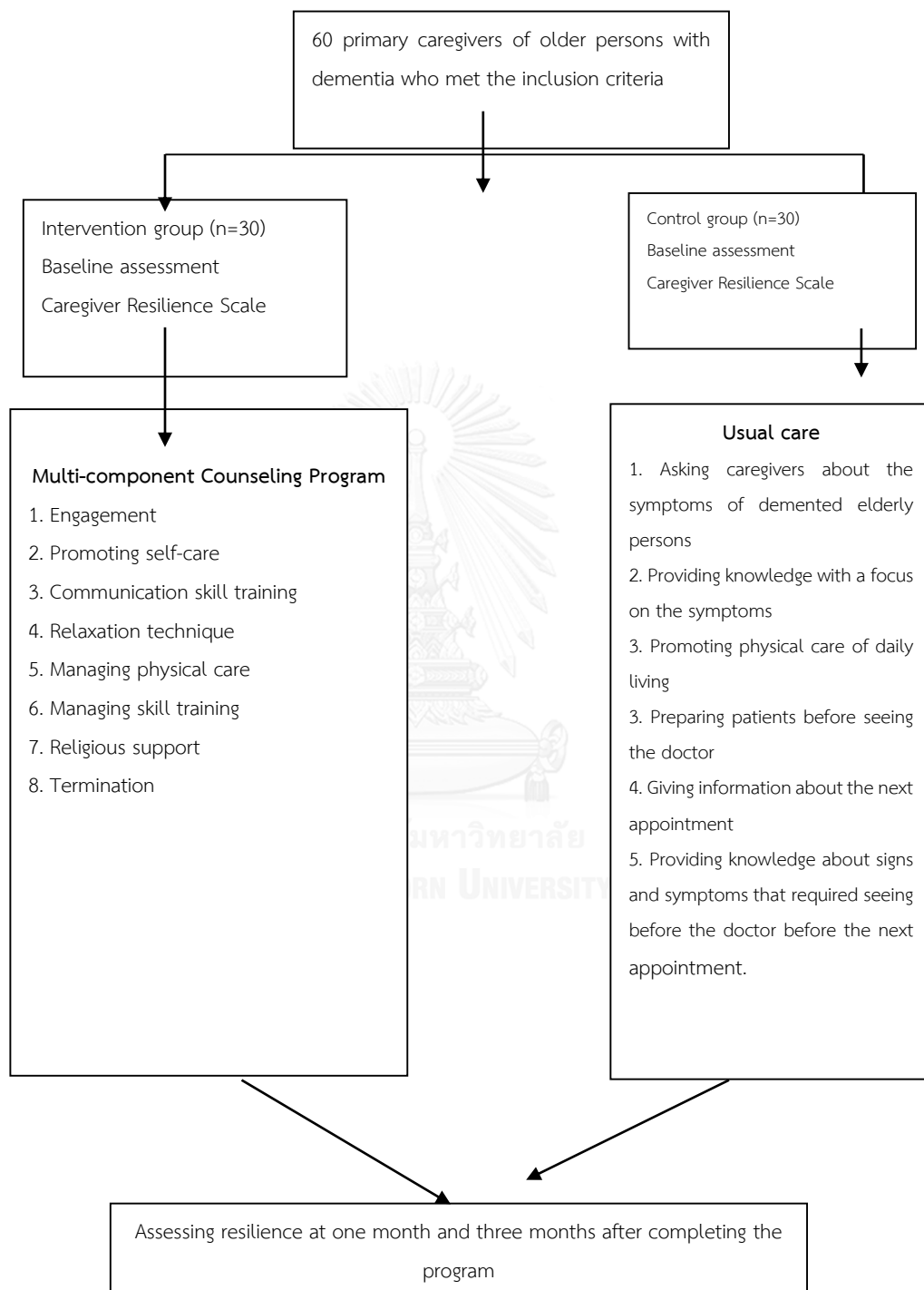


Figure 5: Process of the data collection in the intervention phase

#### *The intervention group*

1. The intervention group participated in the multi- component counseling program which consisted of eight sessions, each of which lasted and approximately 45 minutes to 1one hour per session. The program was conducted with six to eight individual health counseling participants per day on Friday and Saturday, from 08:00 a.m. to 12:00 p.m. and 01:00 p.m. to 04:00 p.m.
2. The post-test (T2) was conducted at about one month later. The participants in the intervention group were asked to do the post-test after completion of the eight-week sessions, and the participants in the control group were asked to complete the Caregiver Resilience Scale (CRS).
3. The follow- up (T3) was carried out three months after the end of the program. All participants in the intervention group and the control group were asked to complete the Caregiver Resilience Scale (CRS), lasting approximately 30 to – 40 minutes.

#### *The control group*

The participants in the control group received usual care by nurses working at the Neurological and Memory Clinic. The usual care providing was composed of health education about nursing care to promote the daily living care, environment care, sign and symptom progression, and follow- up. The CRS was administered to measure the control participants' resilience at base line (T1), post-test (T2), and follow- up (T3) after they completed their participation in the study.

### 3.2.9 Data Analysis

Descriptive statistics including frequency distribution, percentage, range, mean, and standard deviation were used to describe the socio-demographics data. In addition, the independent t-test and Chi-square were used to analyze continuous and categorical variables to compare baseline (pre-test) data between the intervention group and the control group.

Data of caregivers' resilience were analyzed using repeated-measures analysis of variance (Repeated-measures ANOVA). Repeated-measures ANOVA were employed to examine the effects of the treatment by time and the patterns of change. Univariate assumption of the dependent variable was analyzed for normality and homogeneity of variance. The mean scores of resilience of caregivers obtained during the pre-test, post-test, and follow- up were compared with the F-test with Two-way Repeated Measure ANOVA. In addition, the mean scores of each component of resilience of caregivers in the experiment group and the control group were compared with three- factor mixed ANOVA. Finally, the mean scores of resilience of the caregivers in the intervention group obtained from the pre-test, post-test, and follow- up were compared with One-way Repeated Measure ANOVA.

#### *Summary*

A quasi experiment was conducted to test and evaluate the short- term effects of multi-component counseling program. The participants were recruited in this study by means of purposive sampling based on the inclusion criteria. The intervention group received the program which consisted of eight individual sessions, whereas the control group received usual care by clinical nurses. All of the data collected in this study were analyzed using Repeated Measure ANOVA to analyze the resilience scores in each domain in the intervention group and the control group.

### 3.3 Phase 3: Scale development: The Caregiver Resilience Scale (CRS)

This phase was the development of the resilience scale for caregivers of older persons with dementia. There were two steps in the development of the resilience scale: exploring the resilience concept and specifying the domains of caregivers' resilience, formatting the Caregiver Resilience Scale (CRS), including psychometric evaluation, all of which are described below:

#### 3.3.1 Step 1: Exploring the resilience concept and specifying the domains of caregivers' resilience

At present, the concept of resilience of caregivers has not been comprehensively explored in Thailand. Therefore, the pre-specific domain of the Caregiver Resilience Scale (CRS) was determined by using the method of concept analysis from the literature review and exploration of caregivers' resilience (Davis, 1999); (Grotberg, 1999); (Reivich, 2002); (Gunnestad, 2006); (Lester, 2006); (Roland, 2006); (Al. Siebert, 2007e); (Al. Siebert, 2007f). In the end, the Resilience Theory of (Davis, 1999) was used as a guideline in this study. Then, a qualitative approach was conducted by means of a semi-structured interview in order to confirm the pre-specified structure of caregivers' resilience and congruence with Thai caregivers' context. The study design, sample and setting, instrumentation, data collection, and data analysis are described as follows:

#### Study design

A cross-sectional survey was used to explore the resilience situation among primary caregivers of older persons with dementia.

#### *Sample and setting*

The participants of the study were caregivers of older persons with dementia who sought treatment at the Memory Clinic and Neurological Clinic of Surattthani Hospital. The sample was purposively selected based on the specified inclusion criteria: 1) they were primary caregivers of older persons who were diagnosed with mild to moderate dementia or any subtype of dementia; 2) they were between 20 and 60 years old; 3) they were able to communicate in the Thai language; and 4) they were willing to participate in this study. Sample size estimation was conducted based on the formula proposed by (Polit, 1999) that at least ten participants were needed to collect qualitative data.

#### *Instrumentation*

The instrument was developed by the researcher. According to (Wassman, 2012) conducted with qualitative research is undertaken to examine the experiences of caregivers caring for loved ones with dementia. The aim of this stage was to construct interview questions that were appropriate for investigation of caregivers' resilience.

In the end, the open-ended questionnaire for the semi-structured interview was composed of three questions: 1) What are the impacts from caring for older persons with dementia and how do you do it?, 2) Please explain activities that you do when you are caring for older persons with dementia, and 3) What are the problems that you face while caring for older persons with dementia and what do you do with these problems?

#### *Data collection*

The researcher contacted the prospective participants directly at the Memory Clinic and Neurological Clinic to determine if they met the inclusion criteria. The prospective participant who met the inclusion criteria was received information before they were asked to sign the informed consent form, and then the face-to-face interview

was conducted. The participants were asked to respond to three open-ended questions, which took approximately 20-30 minutes. In cases there were distractions such as loud noises in the environment or there was no private space for interviews, a room would be reserved at the Medical Library. The data were recorded by means of note-taking and tape-recording.

#### *Data analysis*

All data gathered from the semi-structured interview were analyzed using content analysis (Krippendorff, 1986); (Waltz, 2005). The contents of the tape-recordings were categorized, identified for main ideas, and arranged into themes. In the end, the pre-specified caregivers' resilience domains from a survey of caregivers' resilience and from extraction from literature reviews resulted in six caregivers' resilience domains as follows: physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence, which were further subdivided into nine components of- physical self-care, communication with demented older persons, anger management, stress management, physical care (Activities of Daily Living: ADL and Instrument Activities of Daily Living: IADL) for older persons with dementia, medication administration for older persons with dementia, behavioral problems management, psychological problems management, and religious support.

### 3.3.2 Step 2: Formatting the Caregiver Resilience Scale (CRS)

The aim of this step was to create items to specify each domain derived in the first step, exploring the resilience concept and specifying the domains of caregivers' resilience. The format of the Caregivers Resilience Scale (CRS) was drawn from existing medical data bases, which were searched for development of the resilience scale for caregivers of older persons with dementia including Cochrane database of systematic reviews, MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), ProQuest, ScienceDirect, MedConsult, and PsycINFO. When searching for clinical significance, a combination and synonyms of the following technical terms were used "caregiver," "dementia," and "resilience scale," which were combined to the terms related to the resilience scale including "scale development," "resilience questionnaire," "resilience assessment," "resilience instrument," "elderly," "older adult," and "adult." All of the literature selected was published between 2008 and 2013 or previously. The search involved only the research literature published in the English language only.

The domains and items of the Caregiver Resilience Scale developed by (Neil, 2001) was composed of one domain and 15 items, another one constructed by (Wagnild, 1993) was composed of five domains and 25 items, and (Connor KM, 2003) called Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISE) was composed of five domains and 25 items. All of these aforementioned scales were a five-point rating scale, with the response choices ranging from 0 to 4, as follows: 0 (not true at all), 1 (rarely true), 2 (sometimes true), 3 (often true), and 4 (true nearly all of the time). Based on the data from an exploration of the concept of caregivers' resilience and the Resilience Theory of Davis (1999), the first draft of the Caregivers Resilience Scale (CRS) developed in the present study was composed of six domains and 36 items, which were as follows: physical competence (items 1- 6), relationship competence (items 7-12), emotional competence (items 13-18), moral competence (items 19 -25), cognitive competence (items 26 -31), and spiritual competence (items 32-36). These 36 – items which were arranged in a four-point Likert' Scale, with the response choices ranging from 0 (not true) to 3 (mostly true). The scoring criteria for positive items were described as follows: 0 (not true), 1 (sometimes true), 2 (frequently True), and 3 (mostly true), while the scoring criteria for negative items were as follows: 0 (mostly true), 1 (frequently true), 2 (sometimes

true), and 3 (not true). Possible total scores ranged from 0 to 108 points, with higher scores indicating higher levels of caregivers' resilience.

According to Jones and Kay (Jones, 1992) the 4 – four-point rating scale format can be used to avoid a neutral and ambivalent midpoint. Therefore, the four choices could decrease bias of answers because the midpoint of odd numeric choices was frequently chosen. Finally, the first draft of the Caregiver Resilience Scale was formatted to measure the level of a sense of caregivers' competence in caregiving of older persons with dementia. The first draft consisted of 36 items, all of which were completely developed in the first step.

### 3.4 Phase 4: Examining validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS)

In this phase, the psychometric evaluation was adopted to evaluate the validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS). This phase could be divided into three steps as follows: 1) content validity, 2) pre-test, and 3) field test, which could be described as follows:

#### 3.4.1 Step 1: Psychometric evaluation

The aim of this step was to evaluate the validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale. There were three steps which consisted of: 1) content validity, 2) pre-test, and 3) field test, all of which are described as follows:

##### *Content validity*

##### *3.4.1.1 Participants and setting*

The content validity was validated by three professionals who gave expert opinions related to internal consistency with definitions of terms. The three experts were responsible for psychiatric care services at the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Two were a psychiatrists, and one was a psychologist.

##### *3.4.1.2 Instrumentation*

The content validity evaluation form was used so that the three experts could give their opinions on the relevancy and clarity of each item in the instrument. The contents validity evaluation form was created for the experts to give their opinion on the relevancy and clarity of each item which was a three- point rating scale (-1 = not relevant, 0 = somewhat relevant, and 1 = quite relevant) was used.

##### *3.4.1.3 Data collection*

The three experts were contacted through the administrative staffs at the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Then, the instrument was sent directly to each of the experts who had agreed to participate in Step 1: content validity.

##### *Data analysis*

After the three experts examined the 36-items Caregiver Resilience Scale (CRS) (Draft 1), the redundant items were deleted based on the experts' recommendation. The calculation of the content validity index (CVI) of the remaining 30 items of the Caregiver Resilience Scale (CRS) was 0.78. The criterion for selection of items was  $IOC = 0.5$  or higher. Therefore, the second draft of the Caregiver Resilience Scale (CRS) was considered valid.

##### *Pre-test*

The procedures in this step are described including participants and setting, instrumentation, data collection, and data analysis as follows:

#### *Participants and setting*

According to (Polit, 1999) at least 30 subjects were needed to ensure appropriateness of pre-test. Therefore, 30 caregivers of older persons with dementia were recruited. The participants were primary caregivers of older persons who had been diagnosed with mild to moderate dementia or any subtype of dementia who had an appointment at the Neurological Clinic of Vachira Phuket Hospital.

#### *3.4.1.4 Instrumentation*

The instrument in the pre-test stage was the second draft of the Caregiver Resilience Scale (CRS).

#### *3.4.1.5 Data collection*

The researcher sent a letter issued by the College of Public Health Sciences to the Medical Director of Vachira Phuket Hospital, to ask for permission to conduct the pre-test. After permission was granted, the researcher recruited primary caregivers of older persons with dementia who met the inclusion criteria. All participants who met the inclusion criteria received explanation on objectives and, procedures of data collection, and were asked to sign the informed consent form before participating in this study. Finally, the 30-item Caregiver Resilience Scale (CRS) were administered by the researcher.

#### *Data analysis*

The data analysis was conducted to analyze internal consistency and item total correlations, as described below:

#### *Internal consistency*

According to (DeVellis, 1991), the relationship between items are logically connected to the relationship of items to the latent variables and high inter-item correlations means the items are measuring the same things. For this reason, internal consistency considers homogeneity of the items within the scale. Chronbach's alpha coefficient is generally used to determine internal consistency reliability. In this study, alpha coefficient of the Caregivers Resilience Scale (CRS) was 0.87. The criterion for accepting the Chronbach's alpha coefficient which considered only  $\alpha$  -- Coefficient is = 0.7 or higher. Therefore, the third draft of the Caregiver Resilience Scale (CRS) was considered acceptable.

#### *Item correlation analysis*

Item correlation was the statistical method that examines each item of an instrument for revision. In this step, the items were re-examined so that they could be revised, retained, or deleted as deemed appropriate. The item correlation was analyzed by means of alpha correlation. The correlations between items, and total items were considered so as to decide which items should be revised, retained, or deleted. Item correlation ranging from 0.56 to - 0.87 was considered acceptable.

#### *Field test*

The field test involved the use of factor analysis to evaluate the construct validity and to re-evaluate internal consistency and item correlation analysis. In this step, participants and setting, instrumentation, data collection, and data analysis are described as follows:

#### *Participants and setting*

The participants were primary caregivers of older persons diagnosed with mild to moderate dementia or any subtypes of dementia. The primary caregivers could be the spouse, adult child, sibling, and / or relatives of the older persons with dementia who had an appointment at the Memory Clinic, Neurological Clinic, or Geriatric Clinic at Maharaj Nakhon Sri Thammarat Hospital. The participants were selected by means of purposive sampling according to the following inclusion criteria: 1) they were primary caregivers who provided the majority of care of older persons with dementia, 2) they were between aged 20 and -60 years of age, 3) they were able to speak and understand the Thai language, and 4) they agreed to participate in this study.

The sample size was calculated based on the sample criteria of factor analysis. According to (DeVellis, 1991) “using a large sample size for the factor analysis method was more stable than using a small sample size.” In addition, (BH., 2005) indicated that the ratio of about five to ten subjects per item was adequate for a new psychometric evaluation of a newly developed instrument. Finally, there adequate for this step were 150 participants in this step, which were considered adequate for this step.

#### *Instrumentation*

The instruments for the field test were composed of two parts as follows: 1) the Demographic Data Questionnaire (DDQ) and 2) the third draft of the Caregivers Resilience Scale (CRS).

#### *Data collection procedure*

##### *3.4.1.6 Preparation of the research assistants*

After approval was granted by the Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Subjects, Health Science Group, Chulalongkorn University (COA No. 063/2557), a letter was submitted to the Medical Director of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital to request for co-operation in data collection. After that, the head nurse of the Internal Medicine Department was approached by the researcher in order to explain the study objectives and the process of data collection. Before data collection commenced, the research assistants were trained to ensure they had clear understanding of the method of individual semi-structured interviews required in the use of the Caregiver Resilience Scale. Two research assistants at the Neurological clinic and Geriatric clinic were identified. They were a geriatric nurses who had previous training in Gerontological Nursing and had experience in dementia care.

##### *3.4.1.7 Data collection*

All eligible subjects were approached individually by the principle investigator to explain the study objectives, the data collection procedures, and human right protection. After the participants agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form (Appendix C). Then a semi-structured interview was conducted by research assistants to completely collect the participants' responses to each of the items in the instrument. During this process, the research assistants provided more information and clarification to the participants, if needed. Each individual semi-structured interview took approximately 30 to 40 minutes per case in order to obtain data from primary caregivers. Although the researcher visited the participants more than once, all data were collected by the research assistants.



### 3.4.1.8 Data analysis

In the field test, the data on caregiver resilience collected from all 150 primary caregivers were analyzed. The data analysis of primary caregivers' demographic data, item analysis, internal consistency and Exploratory Factor Analysis (EFA) are described as follows:

#### *Primary caregivers' demographic characteristics data*

The demographic characteristics data elicited from the participants included their gender, age, educational level, occupation, marital status, financial support, relationship with older persons with dementia, duration as a caregivers (months), duration of caregiving per day, responsibility for care and vacation from caregiving. The descriptive statistics of frequency, percentage, range, mean, and standard deviation were used to analyze primary caregivers' demographic characteristics data.

#### *Internal consistency*

Cronbach's alpha coefficient was used to estimate the internal consistency of the Caregiver Resilience Scale (CRS). An alpha coefficient of 0.7 or higher was considered acceptable for the newly developed instrument (Nunnally, 1994).

#### *Item correlation analysis*

Item correlation was analyzed in the second round of evaluation of factor analysis. In this step, 30 items of the Caregiver Resilience Scale (CRS) were retained because the items with a correlation of 0.3 were considered acceptable (Nunnally, 1994).

#### *Exploratory Factor Analysis (EFA)*

Exploratory Factor Analysis (EFA) was used to examine the number of domains and indicators of the Caregiver Resilience Scale (CRS) item set. Principle components and varimax methods were conducted to extract and rotate the components. According to (Waltz, 2005) "a priori set criterion of items loading at 0.30 is the minimum that will be considered." The rotate factors were interpreted by testing the items load at 0.30. The criteria in evaluating items were eigenvalues, scree plot, and percentage of variance, factor loading, and theoretical interpretability. Therefore, the scores from the participants were considered to extract and specify factors of the Caregiver Resilience Scale (CRS). Finally, the final draft of the Caregivers Resilience Scale (CRS) consisted of 30 items which could be categorized into six factors.

## 3.5 Protection of Human Subjects

Protection of human subjects was sought from the Institutional Review Board (IRB), the Ethics Review Committee for Research Involving Human Research Subjects, Health Science Group, Chulalongkorn University (COA No. 063/2557), and the Ethics Committee of the two regional hospitals include Suratthani Hospital and, Maraj Nakhorn Srithammarat Hospital. The researcher contacted the directors of Suratthani Hospital, Maraj Nakhorn Srithammarat Hospital, and Vachira Phuket Hospital and heads nurses of the Out-Patient Departments at each hospital in order to obtain their permission to collect data in this study. Protections of human subjects was assured by the use of two consent forms.

The first Informed Consent Form (ICF) was used in the scale development phase to ensure the participants' willingness to participate in the semi-structure interview and psychometric evaluation (pre-test and, field test).

The second Informed Consent Form (ICF) was used in the program development phase to ensure the participants' willingness to participate in the program.

The human rights of the study participants were respected in this study, and the participants' freedom to withdraw from the study at any times was clearly stated. Moreover, Patients Information Sheet (PIS) was included in an overview of each phase of the study. The name and address as well as the title of the researcher, the research objectives, the methodology, the respect of the participants' autonomy, and the assurance of voluntary participation were clarified. The participants who were willing to participate in the study were asked to sign the Informed Consent Form (ICF). The participants were assured that the data collected from them would be kept strictly confidential and would be reported only as group data.

#### *Summary*

The CRS was developed from the domains based on resilience framework of Davis (1999), a literature review and explored caregivers resilience in Thai primary caregivers. The psychometric evaluation was conducted to confirm reliability and validity of the CRS. The content validity was evaluated and the reliability was tested. The item analysis and EFA testing were evaluated for construct validity.



## CHAPTER 4: RESULTS

This chapter presents the results of the study which aimed to examine 1) the short-term effects of the eight-week multi-component counseling program, and 2) validity and reliability of the Caregivers Resilience Scale (CRS). The results of this study are presented as follows:

### 4.1 Results of examination of the short-term effects of the program

#### 4.1.1 Part 1: Feeling, thoughts, and behaviors in each session of the participants in the intervention group

##### *Session one: engagement*

After the researcher finished building the relationship with program participants, the overview of the disease, goals, time, place, benefits, and activities during participation in the program was given. The researcher gave the participants the opportunity to express their feelings from caring for older persons with dementia in order to raise their awareness and offer support to help them handle their caregivers' role.

*Evaluation:* All of the participants have correct understanding and ideas, and they accepted and agreed to participate in the program, as one of them stated:

Mrs. A *“when my relatives said that I had to care for my mother because I was the one who lived with her, I felt that it was a hardship and I had fear because I was not experienced. However, I thought, I could do it for my mother even though sometimes I felt it was hard.”*

Another daughter caregiver described her fear and uncertainty related to caregiving of older persons with dementia:

*The fear of the unknown and uncertainty about what was going to happen next was great. I had to learn to pick up on it quickly enough so she's not in danger or she won't wander from home and get lost. No, but I'm worried about it. And then it terms of health it's just like when you have little kids and you're the mom who is trying to keep everybody alive. Well, I'm still doing that.”*

Similarly, another caregiver described the confusion she felt when trying to understand how AD had affected her mother:

*So, sometimes I do think that she knows what she's doing or where she is or what's going on with her. And then by the same token, something else will happen and then I'll realize that, oh no! So, it's a little bit confusing. You don't really know where the truth begins and where something else ends, or whatever.*

A similar sentiment was expressed by one daughter who added:

*I just felt like I didn't handle that very well, so that was a real bad thing. That kind of bothered me. And when she first came home from the hospital, not knowing that the head wasn't allowing the body to get up, she sat in that bathroom all night long.*

This daughter, possibly experiencing compassion fatigue, expressed her hopelessness, anger, and frustration saying:

*It upset me, the disease the horrible disease. I don't know. When I'm bathing her, I don't have time to think about anything else, to tell you the truth. But when I do think about it, I hate it. I hate that disease. And normally I don't hate things or people easily, but I hate that disease. I hate it. And I would do anything if I could help to find a cure for it.*

#### *Session two: promoting self-care*

Thirty primary caregivers are not eating healthy food because they were preparing meals not only for themselves but also for others. They said that *"Low fat, low sodium, and low sugar dishes are not delicious and other people in my family do not want to eat them. When I drink these drinks, I also feel refreshed."*

Moreover, these caregivers tended to drink more soft drinks, iced milk coffee, iced milk tea, iced tea, iced black coffee, and coffee than water, and they usually exercised by doing household chores, and gardening. They slept less than six to eight hours per day. For example, Mrs. A said that, *"the elderly person sleep less at night and sleep a lot during the day."* It is also worth noting that all of the caregivers did not have regular physical check-ups because they thought they were healthy. Another reason was the time it required, as one of them explained, *"It is very difficult and time-consuming when going to the hospital."*

*Evaluation:* After the researcher's give knowledge dissemination, the caregivers were able to develop correct understanding and ideas, and they also shared their experiences giving care to older persons with dementia.

*Recommendation:* It was a benefit session, but it required some practices.

#### *Session three: communication skill training*

All of the caregivers shared their experience about communication problems including repetitive sentences, and verbal bossiness. They tried to make use of different communication strategies with older persons with dementia including use of verbal language and body language. After the caregivers received teaching on communication techniques from the researcher and research assistant, role- playing was conducted with caregivers. Moreover, homework assignment was used to give them a chance to have extra practice at home. The caregivers were informed that they should note problems that occurred while they were practicing these communication techniques so that training and practice could be subsequently organized to ensure effective communication.

*Evaluation:* All of the caregivers developed correct understanding and ideas, and they had commitment to practice communication techniques. They explained that *"initial practice was very difficult, but after I had practiced them frequently, it became easier to learn and apply."*

*Recommendation:* There should be less time for participate in program as the participants only needed to practice specific skills for effective communication in the program.

#### *Session four: relaxation technique*

All of the caregivers discussed the effects of caring for older persons with dementia. They experienced anxiety, stress, and anger. Furthermore, they were worried about their caregiving, especially the possibility that they might die before the elderly person. One of them expressed their concern, *"I think my mother is not better. Sometimes when I am angry I abuse her or I isolate myself."* It was discovered that some caregivers sought advice for the problems from their relatives or neighbors, but they thought that these people could not support them.

However, after they had practiced the five techniques for changing one's thinking, they felt that their anger, stress, and anxiety decreased.

*Evaluation:* The caregivers were able to develop the right thinking and understanding. For example, one of them stated that, *"it is easy to practice and it is different from the previous technique. I practice it when I feel angry, anxious, or stressed, for three to four times per day."* As a result, the abuse or violence between the caregivers and the older persons with dementia subsided.

#### *Session five: managing physical care*

Nearly all of the caregivers provided complete assistance for Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) including bathing, preparing meals, and taking care of financial issues. One of the caregivers described that *"it is time-consuming, unsafe, and full of mistakes. I do not take the elderly person outside the house because I am afraid that they may get lost."* In addition, the caregiver had to prepare the medication for older persons with dementia, including daily doses and medication meals. It was possible that doing this could be problematic. For instance, older persons with dementia did not cooperate. They kept the medication pills in mouth and spit them out later. Besides this, the caregivers had to take older persons with dementia to see the doctor when they had a follow-up appointment because they were afraid that their disease may progress. The study results showed that in this study there were six caregivers who allowed the older persons with dementia to perform ADLs and IADLs by themselves under the supervision of the caregivers who provided only partial assistance. Also, there were five caregivers who took older persons with dementia out for a walk in the park so that they could meet their friends.

*Evaluation:* All of the caregivers developed correct understanding, thinking, and practices of care of ADLs and IADLs for older persons with dementia.

*Recommendation:* The session could be conducted with more time because there were many problems from care of ADLs and IADLs of elderly persons with dementia, particularly medication administration because many elderly persons had to take multiple drugs. In addition, a specific program session on care of ADLs and IADLs, including medication administration, should be organized.

#### *Session six: managing skill training*

All of the caregivers discussed psychological problems of older persons with dementia including misperception, paranoid delusion, depression, apathy, restlessness, and moodiness. Psychological problems also included wandering, general restlessness, repetitive mannerisms, hiding things, pacing, negativism, constant requests for attention, screaming, cursing, and making strange noises. The caregivers' solutions to behavioral problems were shouting back, scolding, occasional use of violence or abuse, leaving them alone, and closing the door, while the common solutions to psychological problems were leaving older persons with dementia alone and shouting back at them. The researcher gave the caregivers the opportunity to share their experiences and provided training to identify and practice ways to manage behavioral and psychological problems using role-playing, case studies, and the ABC technique. All of the caregivers agreed to practice these techniques at home. The results from the caregivers' report included the following, *"It occurred immediately and I was unable to observe this behavior or emotion cause of the stimulation. It occurred one to two times per day and three to four days per week, but with a varying time and duration. However, I think it depends on time and experience, but I am now confident that I can handle it."*

*Evaluation:* All of the caregivers were able to develop correct understanding, and thinking concerning behavioral and psychological problems of older persons with dementia.

*Recommendation:* There should be less time and a special program session on managing skill training.

*Session seven: religious support*

Caregivers of older persons with dementia usually had religious practices based on their religion, Buddhism and Islam, including worship of the Allah's, kindness, praying, making, merit, and belief fate. For example, one shared their religious belief stating, *"I feel secure, patient, mindful, and concentrated. After I have participated in the program, I think the program supported my religious practices and my belief in doing good deeds."* Moreover, the caregivers explained that it was easy to practice and flexible. Sometimes, they could even do it with the older persons with dementia.

*Evaluation:* All of the caregivers were satisfied with the program session. The session could be finished with less time than earlier planned.

*Session eight: termination*

All of the caregivers had a chance to review the previous sessions, as well as contemplate the understanding, ideas, and practices they had developed. One caregiver confirmed the benefits of the program, pointing out, *"the goals of the program were achieved the benefits of the program could be perceived."*

*Evaluation:* The caregivers were satisfied with their participation in the program and cooperated with the follow-ups conducted at one month and three months after completing the eight sessions of the program. They were informed that if they had any problems, they should feel free to contact the researcher by telephone or emails.

#### 4.1.2 Part2: Demographic characteristics of the participants in the intervention group and the control group

There were 60 participants, who were met inclusion criteria. They were assigned into the intervention and control groups. The results revealed that there were no statistical differences between the intervention and control groups in terms of gender, age, educational background, average family income, relationships with older persons with dementia, duration of caregiving, responsibility for caregiving, and vacations ( $p > .05$ ). The majority of the participants were females in both the intervention group ( $n = 29, 99.67\%$ ) and control group ( $n = 28, 93.33\%$ ). Their mean age was 48.56 years old ( $SD = 8.56$ ) in the intervention group and 49.60 years old ( $SD = 10.13$ ) in the control group. As regards education, they had the same education level, which was lower than a Bachelor's degree in both groups. Moreover, the largest groups of the participants in the intervention group and the control group had an average income between 10,000 and -25,000 Baht per month ( $n = 20, 66.67\%$  and  $n = 21, 70\%$ , respectively). The majority of the caregivers were daughters in the intervention group ( $n = 27, 90\%$ ) and the control group ( $n = 26, 86.66\%$ ). They had been providing care for six to 12 hours per day in the intervention group ( $n = 18, 60\%$ ) and the control group ( $n = 17, 56.67\%$ ). The duration of the caregivers' role was 24-36 months for the largest group of participants in the intervention group and the control group ( $n = 19, 30\%$  and,  $n = 17, 56.67\%$ , respectively). Finally, a large number of caregivers in both groups had other persons who assisted them in caregiving tasks and they were

able to take a vacation. The results regarding demographic characteristics of the caregivers' are summarized in **Table 3 below.**

**Table 3:** Demographics characteristics of participants in the intervention group and the control groups (n=60)

*Demographics characteristics of participants in the intervention group and the control group (n=60)*

Variables	Intervention group (n=30) n (%)	Control group (n=30) n (%)	T-test	$\chi^2$ - test	P-value
Gender				.49	.58
Male	1(3.33)	2(6.67)			
Female	29(99.67)	28(93.33)			
Age (yrs.)			.68		.56
<40	6(20.00)	5(16.67)			
41-50	15(50.00)	14(46.67)			
51- 60	9(30.00)	11(36.66)			
Mean (SD)	48.56(8.56)	49.60(10.13)			
Education				5.06	.08
Lower than Bachelor	25(83.33)	26(86.67)			
Bachelor's degree	5(16.67)	4(13.33)			
Occupation				.16	.92
Agriculturist	24(80.00)	25(83.30)			
Trader	4(13.30)	3(10.00)			
Government official	2(6.70)	2(6.70)			
Religion				.13	.72
Buddhism	25(83.30)	26(86.70)			
Islam	5(16.70)	4(13.30)			
Average family income (baht per month)			2.37		.77
10,000-25,000	20(66.67)	21(70.00)			
25,001- 40,000	10(33.33)	9(30.00)			

**Table 3:**

*Demographics characteristics of participants in the intervention group and the control group (n=60) (continued)*

Variables	Intervention group (n=30) n (%)	Control group (n=30) n (%)	T-test	$\chi^2$ - test	P-value
Marital status				2.35	.50
Single	1(3.30)	-			
Married	28(93.40)	27 (90.00)			

Widowed	1(3.30)	3(10.00)		
Number of hours of caregiving (per day)			4.96	.20
6 – 12	18(60.00)	17(56.67)		
13 – 18	9(30.00)	11(36.66)		
19 – 24	3(10.00)	2(6.67)		
Relationship with older persons with dementia			4.16	.82
Spouse	2(6.70)	2(6.70)		
Son	9(30.00)	10(33.30)		
Daughter	2(6.67)	3(10.00)		
Duration of caregiving (months)			1.45	.35
24 - 36	19(63.30)	17(56.70)		
37 - 48	9(30.00)	10(33.30)		
49 - 60	2(6.67)	3(10.00)		
Responsibility for care			5.30	.88
Alone	5(16.67)	4(13.33)		
Having assistance from others	25(83.33)	26(86.67)		

Table 3:

*Demographics characteristics of participants in the intervention group and the control group (n=60) (continued)*

Variables	Intervention group (n=30) n (%)	Control group (n=30) n (%)	T-test	$\chi^2$ -test	P-value
Vacation				NA	NA
Yes	30(100.00)	30(100.00)			
No	-	-			

NA = Not applicable

#### 4.1.3 Part 3: Clinical characteristics of older persons with dementia in the intervention group and the control group

According to the study results, the majority of older persons with dementia were female in the intervention group (n = 20, 66.7%) and the control group (n = 25, 83.3%). The participants had an average age of 75.03 years old (SD = 6.950) in the intervention group and 77.93 years old (SD = 9.03) in the control group. Almost



all of the participants in the intervention group (n = 27, 90%) and the control group (n = 26, 86.67%) were Buddhists, and when it came to marital status, had the largest groups of the participants in the intervention group (n = 18, 60.0%) and the control group (n = 24, 80.0%) were widowed. With regard to diagnosis, the largest group of the participants in the intervention group (n = 9, 30%) and the control group (n = 11, 36.7%) were diagnosed with Alzheimer's disease. Furthermore, the participants had an average time duration since being diagnosed with mild to moderate dementia and a subtypes of dementia in the intervention group (Mean = 52.57, SD = 7.34) and the control group (Mean = 51.93, SD = 11.420). As regards co-morbidity, the majority of the participants in the intervention group had Hypertension (HT) (20, 66.7%), while the majority of the participants in the control group had Dyslipidemia (DLP) (17, 56.7%). It was also found that all of the participants in both the intervention group and the control group had psychological and behavioral problems, with the same low level of ADLs (12+) in intervention group (28, 93.3%) and the control group (29, 96.7%). Finally, they had the same high level of IADLs in the intervention group (26, 86.7%) and the control group (28, 93.3%). The results regarding demographic characteristics of older persons with dementia are presented in **Table 4**.

**Table 4:** Clinical characteristics of older person with dementia in the intervention group and the control group (n=60)

Table 4:

*Clinical characteristics of older person with dementia in the intervention group and the control group (n=60)*

Variables	Intervention group (n=30) n (%)	Control group (n=30) n (%)	T-test	$\chi^2$ - test	P-value
Gender				.14	.42
Male	10(33.30)	5(16.70)			
Female	20(66.70)	25(83.30)			
Age (yrs.)			.17		.20
50-59	1(3.33)	4(13.33)			
60-69	4(13.33)	10(33.33)			
70-79	16(53.33)	14(46.67)			
80-89	6(20.00)	2(6.67)			
Mean (SD)	75.03 (6.95)	77.93 (9.03)			
Religion				.69	.76
Buddhism	27 (90.00)	26 (86.70)			
Islam	3(10.00)	4(13.30)			
Marital status				.19	.35
Single	1(3.33)	-			
Married	11(36.67)	6(20.00)			
Widowed	18(60.00)	24(80.00)			
Diagnosis				.39	.27
Mild dementia	1(3.33)	-			

Moderate dementia	3(10.00)	1(3.33)
VD	9(30.00)	11(3.67)

Table 4:

*Clinical characteristics of older person with dementia in the intervention group and the control group (n=60)*  
(continued)

Variables	Intervention group (n=30) n (%)	Control group (n=30) n (%)	T-test	$\chi^2$ - test	P-value
Diagnosis					
Mixed (VD+AD)	2(6.67)	4(13.33)			
AD	8(26.67)	11(36.67)			
PDD	5(16.67)	1(3.33)			
CBD	2(6.67)	1(3.33)			
FTD	-	1(3.33)			
Duration of diagnosed of dementia (months)			.80		.85
12-24	-	2(6.67)			
25-36	1(3.33)	2(6.67)			
37-48	13(43.33)	7(23.33)			
49-60	13(43.33)	15(50.00)			
61-72	3(10.00)	4(13.33)			
Mean (SD)	52.57 (7.34)	51.93(11.42)			
Comorbidity				.08	.43
DM	1(3.33)	-			
HT	20(66.67)	13(43.33)			
DLP	9(30.00)	17(56.67)			
Psychological problems					NA
Yes	30(100.0)	30(100.0)			
No	-	-			

NA = Not applicable

Table 4:

*Clinical characteristics of older person with dementia in the intervention group and the control group (n=60)*  
(continued)

Variables	Intervention group (n=30) n (%)	Control group (n=30) n (%)	T-test	$\chi^2$ - test	P-value
Behavioral problems					NA

Yes	30(100.00)	30 (100.00)		
No	-	-		
Level of ADL			.75	.47
0-4	-	-		
5-8	-	-		
9-11	2 (6.67)	1(3.33)		
12+	28 (93.33)	29(96.67)		
Level of IADL			.35	.91
0-2	26(86.67)	28(93.33)		
3-5	2(6.67)	2(6.67)		
6-8				
9+	2(6.67)	-		

NA = Not applicable

#### 4.1.4 Part 4: The comparison of resilience scores among caregivers of older persons with dementia at baseline, one month, and three months within the intervention and control groups

The results obtained after comparing of resilience scores in each the six domains in the intervention group at one month and three months after entering the program and in the control group after receiving usual care could be described as follows:

Domain 1: physical competence (promoting self-care): The mean scores were decreased at one month and three months from 3.07 to 3.03 in the intervention group. However, the mean scores increased at baseline to one month from 3.67 to 4.17 and with the constant of 4.17 from one month to three months in the control group.

Domain 2: relationship competence (communication skill training): The mean scores increased at baseline, one month, and three months from 2.93, to 3.17 and 3.27 in the intervention group. Similarly, the mean scores were increased at baseline to one month from 3.13 to 3.37 and with the constant of 3.37 at one month to three months in the control group.

Domain 3: emotional competence (relaxation technique): The mean scores increased at baseline and one month from 3.00 to 3.40 but and the mean scores decreased at one month to three months from 3.40 to 3.33 in the intervention group. On the other hand, the mean scores were increased at baseline to one month from 3.37 to 3.70 and with the constant of 3.70 at one month to three months in the control group.

Domain 4: moral competence (managing physical care): The mean scores increased at baseline, one month, and three months in both the intervention and control groups from 5.23, to 5.97, and 6.67 and from, 5.40 to, 5.73, and 5.77, respectively.

Domain 5: cognitive competence (managing skill training): The mean scores increased at baseline, one month, and three months from 2.67 to, 2.87, and 5.03 in the intervention group. Also, the mean scores slightly increased at baseline to one month from 2.90 to 3.00 and with the constant of 3.00 at one month to three months in the control group.

Domain 6: spiritual competence (religious support): The mean scores increased at one month to three months in both the intervention and control groups from 6.53 to 7.77 and from 6.20 to 6.27, respectively. The results of mean scores of in each of the six domains are presented in **Table 5 below**.

As regards the comparison of total resilience scores at baseline, one month, and three months - after entering the program, the mean scores of the participants in. In the intervention group increased at baseline, one month, and three months (Mean = 23.30, SD = 2.82; Mean = 25.00, SD = 3.10, and Mean = 29.10, SD = 2.46, respectively). As for the control group, the results showed that there was a slight increase in resilience scores at one month and three months (Mean = 26.17, SD = 3.02; Mean = 26.27, SD = 3.02, respectively) when they were compared to the baseline (Mean = 24.67, SD = 2.56) (**See Table 6 and Figure5**).

**Table 5:** Mean and standard deviation of resilience scores in each six domains at baseline, one month, and three months after entering the program in the intervention group (n=30) and the control group (n=30)

Domain	Intervention group			Control group		
	Baseline	1 month	3 months	Baseline	1 month	3 months
Physical	2.93(1.23)	3.07(1.26)	3.03(1.22)	3.67(.922)	4.17(1.18)	4.17(1.18)
Relation	2.93(1.23)	3.17(1.18)	3.27(1.26)	3.13(1.07)	3.37(1.22)	3.37(1.22)
Emotional	3.00(1.08)	3.40(1.10)	3.33(1.16)	3.37(.928)	3.70(.837)	3.70(.837)
Moral	5.23(1.10)	5.97(1.10)	6.67(1.09)	5.40(1.42)	5.73(1.50)	5.77(1.54)
Cognitive	2.67(1.21)	2.87(1.28)	5.03(1.19)	2.90(1.42)	3.00(1.50)	3.00(1.50)
Spiritual	6.53(1.57)	6.53(1.57)	7.77(1.28)	6.20(1.58)	6.20(1.58)	6.27(1.64)

**Table 6** Mean and standard deviation of resilience scores at baseline, one month, and three months after entering the program in the intervention group (n=30) and the control group (n=30)

Time point	Intervention group	Control group	Total
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Baseline	23.30 (2.82)	24.67 (2.56)	23.98 (2.76)
1 Month	25.00 (3.10)	26.17 (3.02)	25.58 (3.06)
3 Months	29.10 (2.46)	26.27 (3.02)	27.68 (3.09)

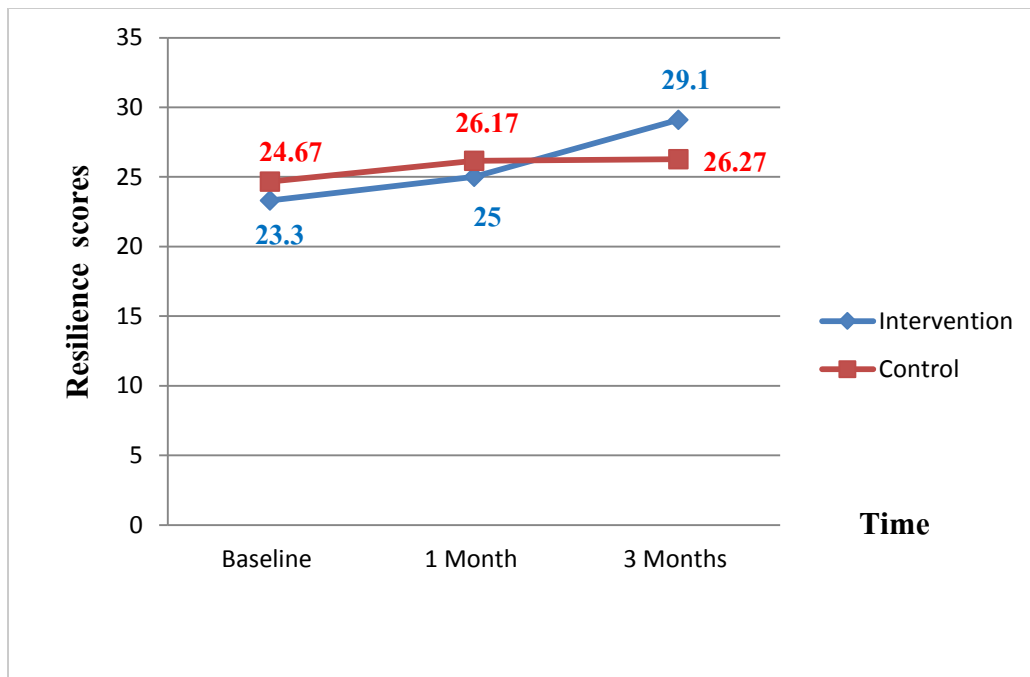


Figure 6: The mean scores of resilience between the intervention group and the control group at baseline (T1), one month (T2), and three months (T3)

According to Hypothesis One, the resilience scores of the participants in the intervention group increased after their participation in the multi-component intervention program. To examine the short-term effects of the program by time for the intervention group and the control group, a repeated measured ANOVA was used.

When comparing resilience scores at baseline, one month, and three months in the intervention and control groups, the results showed that there was a statistically significant difference at the 0.01 level in resilience scores obtained at different times and there was also an interaction between times and groups ( $F = 156.570$ ,  $p < 0.001$ ) (Table 7).

Table 7: Comparison of resilience scores at baseline, one month, and three months after entering the program by time between the intervention group ( $n=30$ ) and the control group ( $n=30$ )(Test of within-groups)

Source	SS	df	MS	F	p-value
Time	413.200	2	206.600	156.570	<.001
Time* group	168.400	2	84.200	63.810	<.001
Error (Time)	153.067	116	1.320		

When comparing of resilience scores between participants in the intervention and control groups at one month and three months after entering the program, the results revealed that they were not statistically significantly different by group alone at the level of significance of 0.05. (Table 8)

*Table 8: Comparison of resilience scores between participants in the intervention group and the control group at one month and three months after entering the program (n=60) (Tests of between groups)*

Source	SS	df	MS	F	p-value
Intercept	119351.25	1	119351.25	5526.26	<.001
Group	.450	1	.450	.021	.88
Error	1252.63	58	21.60		

Pairwise comparisons at baseline, one month, and three months between the in intervention and control groups revealed that on the overall the intervention group's mean scores of resilience obtained at baseline and one month and obtained at one month and three months were, statistically significantly different. As for the control group, the results showed that there were no statistically significant differences between the resilience mean scores obtained at one month and three months (mean difference = 0.100,  $p = 0.056$ ) (Table 9).

*Table 9: Pairwise comparison of resilience scores obtained at baseline, one month, and three months within the intervention group and the control groups (n=60)*

Group	(I) Time	(J) Time	Mean difference (I-J)	Std. Error	p-value
Intervention	Baseline	1 month	-1.700*	.296	<.001
		3 months	-5.800*	.399	<.001
	1 month	baseline	1.700*	.296	<.001
		3 month	-4.100*	.372	<.001
	3 months	1 month	5.800*	.399	<.001
		3 months	4.100*	.372	<.001
Control	Baseline	1 month	-1.500*	.262	<.001
		3 months	-1.600*	.265	<.001
	1 month	baseline	1.500*	.262	<.001
		3 months	-.100	.056	<.001
	3 months	baseline	1.600*	.265	<.001
		1 month	.100	.056	<.001

\*The mean difference is significant at .05 level

In conclusion, the results of the program development phase indicated that the program which was established based on an exploration of caregivers' resilience data and the Resilience Theory of Davis (1999) was effective. The tests conducted confirmed the validity of the program, hence indicating that the program could be used to enhance resilience among Thai caregivers of older persons with dementia.

The domains structures of the program were composed of six domains as follows; 1) physical competence, 2) relationship competence, 3) emotional competence, 4) moral competence, 5) cognitive

competence, and 6) spiritual competence. This program was conducted within eight sessions of the interventions as follows: session one – engagement, session two – self-care enhancement, session three – communication skill training, session four – relaxation techniques, session five – managing physical care, session six – managing skills training, session seven – religious support, and session eight – termination.

The results indicated that resilience scores at T2 and T3 of the caregivers who participated in the program had significantly increased when they were compared with those of the caregivers in the control group who received only usual care. Therefore, hypothesis one of this study was supported. In addition, the results of this examination in this phase confirmed that there were statistically significant differences in resilience' scores obtained at one month after program completion (T2) and at the three-month, follow-up (T3). The participants in the intervention group had higher resilience scores than those in the control group who received usual care depending on time (See Table 6, Figure 5).

## 4.2 Result of Examining validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS)

### 4.2.1 Results of scale development

The results of scale development were could be described as the follows:

#### *4.2.1.1 Step 1: Exploring the resilience concept and specifying the domains of caregivers' resilience*

In this step, the domain structures of the concept and definitions of the Caregivers Resilience Scale (CRS) were identified. The pre-specified domains were synthesized from concept analysis of the literature reviews related to caregivers' resilience. There were a total of six domains as follows: physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. There were nine components of the six domains: 1) physical competence indicated by physical self-care, 2) relationship competence indicated by communication with older persons with dementia, 3) emotional competence indicated by anger management and, stress management, 4) moral competence indicated by physical care for older persons with dementia (Activities of Daily Living: ADLs and Instrumental Activities of Daily Living: IADLs), and medication administration, 5) cognitive competence indicated by behavioral and psychological problems management for older persons with dementia, and 6) spiritual competence indicated by religious support.

The results from the interview of ten participants who represented primary caregivers led to development of six themes. The first theme was physical self-care, which identified the component of the physical domain. The second theme was communication problems which identified the component of the relationship domain. The third theme was psychological problems which identified the component of the emotional domain. The fourth theme was assisted Activities of Daily Living: ADLs, Instrumental Activities of Daily Living: IADLs, and medication administration which identified the component of the moral domain. The fifth theme was behavioral and psychological problems which identified the component of the cognitive domain. Finally, the sixth theme was religious support which identified the component of the spiritual domain.

*In summary*, six domains of resilience of Thai caregivers were retained with nine specified components.

#### 4.2.1.2 Step 2: Formatting the Caregiver Resilience Scale (CRS)

After the conceptual structure of resilience for Thai caregivers was developed, items of the Caregiver Resilience Scale (CRS) were drafted using six domains, composed of physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. Finally, the first draft of the CRS consisted of 36 items which were as follows: the physical competence domain consisted of six items, the relationship competence domain consisted of six items, the emotional competence domain consisted of six items, the moral competence domain consisted of six items, the cognitive competence domain consisted of six items, and the spiritual competence domain consisted of six items.

With regard to the scale format, a four- point Likert scale was selected to measure the caregivers' resilience. The four- point rating scale format was specifically used to avoid a neutral and ambivalent midpoint. The response choices of each item of the CRS ranged from 0 to 3. The meaning of the scale could be described as follows:

Scoring criteria for positive statements

0 = not true	2 = frequently true
1 = sometime true	3 = mostly true

Scoring criteria for negative statements

0 = mostly true	2 = sometime true
1 = frequently true	3 = not true

In summary, the first draft of the CRS with preliminary 36 items were divided into six items of physical competence, six items of relationship competence, six items of emotional competence, six items of moral competence, six items of cognitive competence, and six items of spiritual competence. Then, the first draft of the CRS was to be further examined to ensure its validity and reliability in the second phase.

### 4.3 Result of Examining validity and reliability of CRS

The results are presented in three steps: 1) content validity evaluation, 2) pre-test (item analysis and internal consistency assessment), and 3) field test (item analysis, internal consistency, and Exploratory Factor Analysis: EFA).

#### 4.3.1 Step 1: Content validity evaluation

The first draft of the CRS consisted of 36 items, and it was examined by three experts. The recommendation from three experts was to delete six items which were redundant. After omitting the six items, the content validity index was equal to 0.84, which was acceptable relevancy of the construct of caregivers' competence. Therefore, a total of 30 items were retained in the second draft of the CRS. After that, the second draft was further evaluated for the internal consistency, and an item analysis was conducted the pre-test in step 2.

#### 4.3.2 Step 2: Pre-test

In the pre-test step, the item analysis and internal consistency evaluation were conducted with 30 participants from the Neurological Clinic at Vachira Phuket Hospital. The results of the item analysis and internal consistency evaluation are described in the following section.



Internal consistency assessment: Cronbach's alpha coefficient was used to examine reliability of the 30-item second draft 30 CRS. Alpha coefficient of the 30-item scale was 0.87.

Item analysis: Cronbach's alpha coefficient was employed to examine correlation between item and item, item and subscale, and item and total. The results of the pre-test step was a level at 0.3 (**Table 10**). Therefore, the correlation between item and total scores was accepted as adequate.

*Table 10: Correlation coefficient of items, Item-item, Item-subscale and item-total of the 30-item second draft of the CRS (n=30)*

Scale	Item-item	Item-subscale	Item-total
Physical competence	0.34-0.84	0.68-0.89	0.65-0.76
Relationship competence	0.30-0.86	0.52-0.83	0.57-0.84
Emotional competence	0.38-0.84	0.54-0.82	0.46-0.78
Moral competence	0.30-0.88	0.62-0.82	0.52-0.90
Cognitive competence	0.44-0.94	0.63-0.92	0.56-0.87
Spiritual competence	0.30-0.87	0.59-0.92	0.46-0.77

The results of the pre-test indicated that the correlation of the 30-items of the CRS was accepted. Therefore, the third draft of the 30-items CRS was to be further examined in the field test.

#### 4.3.3 Step 3: Field test

The field test of the CRS was conducted with internal consistency evaluation, item analysis, and exploratory factor analysis among 150 Thai primary caregivers who met the inclusion criteria recruited at the Memory Clinic, Neurological Clinic, and Geriatric Clinic at Maharaj Nakhon Srithammarat Regional Hospital. The results of this step was presented as follows:

##### *Internal consistency*

The third draft of the 30-items CRS was examined to ensure internal consistency using Cronbach's alpha coefficients. The alpha of each subscale and the total scale was evaluated. An Alpha coefficient of the total CRS was 0.87, while the alpha coefficients of the subscales of the physical competence domain, relationship competence domain, emotional competence domain, moral competence domain, cognitive competence domain, and spiritual competence domain ranged from 0.52 to 0.87, as shown in **Table 11**.

*Table 11: Alpha coefficient of the 30-item second draft of CRS (n = 150)*

Domain	Number of items	Mean	SD	Alpha
Physical competence	5	2.3170	.4645	0.6169
Relationship competence	5	2.1743	.5134	0.7230
Emotional competence	5	2.2421	.5054	0.6366
Moral competence	5	2.6210	.4014	0.7231
Cognitive competence	5	2.0416	.5661	0.5204
Spiritual competence	5	2.4113	.4748	0.8725
Total	30	2.317	.3360	0.8720

*Item analysis:* The results of correlations between item and item, item and subscale, item and total, subscale and subscale, and scale and entire scale are presented in (Table 12). The results indicated that correlations of items and their subscale ranged from 0.32 to – 0.83.

*Table 12: Correlation coefficient of item, item-item, item-subscale, and item- entire scale of the 30-item second draft of CRS (n = 150)*

Domain	Item - item	Item - subscale	Item - total
Physical competence	0.32-0.83	0.59-0.81	0.55-0.84
Relationship competence	0.47-0.72	0.68-0.3	0.51-0.79
Emotional competence	0.38-0.82	0.55-0.74	0.46-0.75
Moral competence	0.40-0.75	0.63-0.72	0.61-0.82
Cognitive competence	0.30-0.85	0.67-0.80	0.45-0.77
Spiritual competence	0.37-0.90	0.56-0.83	0.61-0.81

According to (Munro, 2005), the alpha coefficient of 0.7 is minimally accepted for a newly developed instrument. The criterion for item analysis is an average correlation between 0.3 and 0.7 which is considered desirable. Therefore, the correlations between items and total scores were accepted as generally adequate in the present study. The scores of the 30-item third draft of the CRS were further calculated in the exploratory factor analysis.

The Exploratory Factor Analysis (EFA) was conducted with the third draft of the 30-item CRS. The EFA was used to support the internal structure of the CRS item set. A principle component and varimax methods were conducted to extract and rotate the components. The results of the EFA are presented below.

1. Descriptive factor analysis: Bartlett's test of sphericity and Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) were used in this step. The results of Bartlett's test of sphericity showed a significant high inter – item correlation ( $\chi^2 = 17124.13$ ,  $p < 0.01$ ). The KMO reported the sampling adequate at 0.91 which was an excellent indicator of factorability.

2. Factor extraction: In this step, the communalities of the 30 items of factor extraction ranged from 0.40 to -0.78. The six components with initial eigenvalues greater than 1 ranged from 1.43 to 21.34, and the total variances at 63.67 were reported.

3. Varimax rotation: The rotation using the orthogonal varimax method was calculated in this step. The result was considered a low level in the hierarchy of factors. The low level factor seemed less meaningful to the overall analysis (Comrey, 1992). Factor rotation was used to improve interpretation. After rotation, the six components showed a total percentage variance of 63.67% as presented in **Table 13**. The items statements and communality of each item in the CRS with all factors are presented in **Table 14**.

*Table 13*Table: Total loading, percent of variance, and cumulative percentage of the second draft 30-item CRS classified by factor loading (Eigen values equal or greater than 1)

Factor	Extraction sums of square loadings			Rotation extraction sums of squared loading		
	Eigenvalues	Percent of Variances	Cumulative (%)	Eigenvalue	Percent of Variances	Cumulative (%)
1	1.43	3.44	64.15	10.15	24.23	24.23
2	3.24	8.27	60.31	9.18	24.21	49.46
3	18.17	50.09	59.68	7.77	25.95	35.34
4	1.52	2.84	65.07	5.32	15.70	65.07
5	21.34	52.73	52.73	10.22	25.05	25.05
6	8.67	48.23	63.67	9.81	21.36	63.67

*Table 14:* Item statements and communalities of the third draft 30-item CRS classified by item numbers (N=150)

Item	Item statement	Communality
Physical competence		
1	While caring for the older person with dementia, I get to sleep for at least six to eight hours per day.	0.57
2	I have a physical check-up once a year	
3	I have time to do the activities that I like such as going to a movie, listening to music, seeing my friends, and exercising.	0.61
4	I drink six to eight glasses of water a day, which is more than drinking soft drinks, tea, coffee, or energy drinks.	0.68
5	I am concerned with what I eat, and I eat only food that has low sodium, low fat and low sugar content.	0.64
Relationship competence		
6	While the older person with dementia is talking, I listen to him/her attentively and do not disrupt him/her.	0.48

7	While engaging in a conversation with the older person with dementia, I have eye contact; facial expression and body language easy to make it easier to talk with him/her.	0.77
8	Sometimes I feel bored and argue with the older person with dementia because it is difficult to make him/her understand me.	0.78
9	When I talk to the older person with dementia, I reduce disturbing noises in the environment such as by turning of the television or radio, or trying to find a quiet place with no disturbance to talk.	0.74
10	When the older person with dementia asks the same question repeatedly, sometimes I feel annoyed.	0.66

Table 14:

*Item statements and communalities of the third draft 30-item CRS classified by item numbers (N=150) (continued)*

Item	Item statement	Communality
Emotional competence		
11	I feel happy and I sometimes laugh while giving care to the older person with dementia.	0.71
12	I feel that I am not alone because there are still other people who are ready to help me.	0.66
13	While giving care to the older person with dementia, I sometimes shout and scream at them because I cannot control my emotion.	0.77
14	I sometimes use violence with the older person with dementia when I am very angry.	0.67
15	I have mentally prepared myself for a new situation and think of only one thing at a time.	0.60
Moral competence		
16	I am able to make the older person with dementia to take the medication as prescribed by the doctor and take him/her to see the doctor on the day of the appointment.	0.40
17	I am able to prepare meals and take care of food intake of the older person with dementia, and I even let the older person with dementia	0.68
18	I take the older person with dementia watch the television or listen to music, and I take him/her to go for walk outside, seeing his/her friends, and going to a temple.	0.56
19	I arrange the environment to ensure safety such as making sure the floor is not slippery, having adequate lighting, and putting up signs.	0.69
20	I take care of personal hygiene of the older person with dementia such as bathing, taking care of oral hygiene, and getting dressed.	0.76

Table 14:

*Item statements and communalities of the third draft 30-item CRS classified by item numbers (N=150) (continued)*

Item	Item statement	Communality
	Cognitive competence	
21	When the older person with dementia is restless, disobedient, or repetitive, I understand him/her and am able to calm him/her down.	0.69
22	When the older person with dementia is wandering or trying to get out of the house, I am able to make him/her stop wandering.	0.71
23	When the older person with dementia loses self-perception or talks to himself/herself, I am able to make him/her regain self-perception.	0.50
24	When the older person with dementia tries to hurt himself / herself other people, or me, I tend to be frightened and do not know what to do.	0.40
25	When the older person with dementia is sleepless at night, I am able to make him/her go to sleep.	0.57
	Spiritual competence	
26	I accept the changes that have come into my life.	0.70
27	When I do good deeds, I think that the sacred being knows what I am doing.	0.73
28	I am able to forgive others who do not give care to the older person with dementia as much as I do.	0.61
29	I am able to seek something to hold on to spiritually such as beliefs and faith in my own religion.	0.59
30	I have a chance to do religious activities such as praying, meditating, going to the temple or mosque, depending on my own religious beliefs.	0.64

### *Summary*

The Caregivers Resilience Scale (CRS) was found valid and reliable. The final version of the CRS for Thai caregivers was composed of 30 items within six domains (physical competence, relationship competence, emotional competence, cognitive competence, moral competence, and spiritual competence) (Appendix D). Finally, the CRS was considered appropriate as a newly developed instrument that could be used to assess resilience in Thai caregivers of older persons with dementia.

## CHAPTER 5: DISCUSSION, CONCLUSION, AND RECOMMENDATIONS

This chapter presents the discussion, conclusion, and recommendations, which are divided into two parts. The first part presents the discussion of the program development including the conclusion, strengths, limitations, and recommendations. The second part describes scale development including the strengths, limitations, and recommendations.

### 5.1 Discussion of the program development

The Multi-component Counseling Program was composed of eight sessions, each of which lasting 45 minutes to one hour. The results of the study confirmed that caregivers' resilience was in congruence with the Resilience Theory of (Davis, 1999) that is composed of six components of resilience: physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence. The results of the study can be discussed as follows:

As regards the results of the program development phase, the program was established based on a review of caregivers' resilience data and the Resilience Theory of (Davis, 1999). The validity of the program was confirmed, meaning that the program could enhance resilience in Thai caregivers of older persons with dementia. The results of program development thus yielded support to the research hypotheses 1 and 2 of this study. The significant increase in resilience scores overtime in the intervention group meant that the program could be used to effectively enable caregivers to cope with the effects of dementia in the elderly persons and could enhance resilience within them. Besides this, resilience could increase caregivers' competence in self-care, handling of the caregivers' role, and their ability to care for older persons with dementia. At the three-month follow-up, there was a significant difference in resilience scores between the control group and the intervention group. This could be explained that the control group received only usual care and sometimes they lacked adequate of information about the disease as well as, the guideline on caring for older persons with dementia. Moreover, the program was specially tailored and was flexible for individual caregivers to directly serve their needs.

The results of this study were congruent with previous studies which examined the effective of a resilience enhancement program. In 2010 a study was conducted by (Scott, 2010) to explore resilience among caregivers of patients with Alzheimer's disease (N=111) and found moderate effects of resilience on the relationship, stressors, and caregiver burden predictors. In other words, the results showed that there was a relationship between resilience and caregiver burden. Specifically, as resilience increased caregiver burden decreased. Such findings highlight the importance of resilience in caregivers of patients with Alzheimer's disease and the necessity to implement a support and intervention programs that will increase their resilience. Furthermore, (Wilk, 2008) examined social support that functioned as a protective, resilience factor among caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD) using a cross-sectional analysis of self- reports. The results indicated that stress negatively influenced resilience and accounted for most variation in resilience. On the contrary, social support positively influenced resilience, and caregivers with high family support had the highest probability of elevated resilience. In addition, moderation was observed among all support factors, and no social support fulfilled the complete mediation criteria. In conclusion, evidence of social support as a protective and moderating factor yields implications for health care practitioners who deliver services

to assist AD caregivers, particularly the promotion of identification and utilization of supportive familial and peer relations.

(Battle, 2010) compared resilience in African-American and Caucasian caregivers of family members with ADRD by examining resilience when caregiver strain, memory, and functional status of the family member were statistically controlled. Moreover, differences in selected socio-demographic variables and caregiver strain were compared. The study also aimed to describe study variables that were predictive of resilience. The sample included 52 African-American and 30 Caucasian caregivers of family members with ADRD from a large metropolitan area. The results indicated that African-American caregivers had higher resilience scores than Caucasians. It was also found that resilience scores were not influenced by caregiver strain or functional status of the family members with ADRD. In addition, African-American female caregivers scored much higher than Caucasian male caregivers; thus, it was concluded that gender was a significant socio-demographic variable in examining caregiver strain. Furthermore, age, ethnicity, and gender were predictors of resilience in caregivers of family members with ADRD. It was concluded that resilience in African-American caregivers of family members with ADRD may be attributed to cultural values and the gender role theory. The results of this study support further investigation of perceptions of resilience in caregivers of ADRD family members.

Even though there were only two caregivers who were spouses of older persons with dementia, the study results also revealed that the resilience could support spouse caregivers. Likewise, (Fitzpatrick, 2010) explored the relationship between resilience and marital satisfaction in caregivers of spouses with dementia. The results indicated that when spouses perceived greater caregiver burden, they reported less marital satisfaction. The opposite relationship was found with age, as older caregivers reported more marital satisfaction. In brief, resiliency, gender, and stage of cognitive impairment were not related to marital satisfaction.

(Harmell, 2011) reviewed eleven total of 11 studies on the psychobiology of dementia caregiving with a focus on resilience factors by examining the relationship between one of the three broad resilience domains (personal mastery, self-efficacy, and coping style) and caregiver health outcomes. The results reported that higher levels of personal mastery and self-efficacy, and increased use of positive coping strategies, appeared to have a protective effect on various health outcomes in dementia caregivers. However, further research is warranted to help guide prospective directions for caregiver interventions focusing on increasing caregiver resilience and the corresponding impact on caregiver health.

For a short period of time, there was a significant difference in resilience scores between the intervention group and the control group. It might be explained that the effects of the intervention program could develop caregivers' resilience from six major components of resilience, with adequate reinforcement, and clear instruction. Moreover, the effect of the eight interventions included 1) engagement, 2) promoting self-care, 3) communication skill training, 4) relaxation technique, 5) managing physical care, 6) managing skill training, 7) religious support, and 8) termination. All of the interventions involved the use of techniques including sharing experiences, support, role play, practice, feedback, and homework assignments (Bandura, 1977) to improve skills effectively. Besides this, each individual health counseling session allowed the participants to ask questions about caregiving problems and provided individual education, discussion, and training which were related to their specific problems of caring for older persons with dementia. Such interventions made the participants able to increased knowledge, which, in turn, promoted their ability to cope with their caregiver role.

These six resilience components represented a developing process of caregivers' competence to dealing with caregiving problems in Thai caregivers as well as appropriate practices of daily caregiving tasks. They were also

related to relaxation technique, behavioral management, problem solving skills, communication skills, and cognitive skills which were the components of the program that could enhance resilience. Therefore, it could be summarized that the Multi-component Counseling Program was effective to enhance resilience in Thai caregivers of older persons with dementia and could subsequently be implemented with other groups of Thai caregivers.

An important point in regard to the study was that the study was done with Thai caregivers and each session of the intervention was developed with consideration of the Thai context, in particular the relaxation technique, problem solving skill, and effective communication skill training. For this reason, it might be able to encourage caregivers to change their attitude and to continue taking care of themselves as well as the older persons with dementia. Particularly, in session 3, which was a session on effective communication, the intervention integrated the Thai values of being less assertive, more polite, and more humanized, in support of the knowledge of effective communication skill and seeking social support to change the caregivers' attitude. As a result, the caregivers were able to develop good communication that could enhance personal and social relationship.

The effectiveness of the programs in the Thai context was supported by the study of (Noimuenwai, 2012) who investigated the effectiveness of the Adult Day Care Program on health outcomes of Thai family caregivers of persons with dementia. The results of the repeated measures ANOVA indicated that only mean physical component scores (PCS) of the SF-12v2 and mean physical domain scores on the WHO QOL-BREF-THAI were significantly higher than baseline after using ADC for one and three months.

The effectiveness of the program may have been due to the fact that the program was a combination of individual counseling and multi-component interventions. Many studies have examined the effectiveness of various programs for resilience enhancement. As regards individual counseling, for example, (Bourgeois, 1996) carried out a comprehensive review of over 100 Alzheimer's disease caregiver intervention studies. The results showed that individual counseling interventions have yielded positive outcomes especially in caregivers who were daughters of the patients. Such result was consistent with the result of this study that the participants who were daughters of the older persons with dementia ( $n = 27$ , 90%) might be the group of caregivers that the intervention was most appropriate (R. Toseland, Rossiter, C., Peak, T., and Smith, G., 1990). Furthermore, provision of specific knowledge and caregiver skills that are clearly operationalized, practiced, and used to resolve real-life problem has been found to produce significant changes in outcomes of the intervention that could be directly measured.

The program was developed by integrating Thai context for education and training interventions, with support from previous research studies conducted by (D. Gallagher-Thompson, Arean, P., Rivera, P., and Thompson, L., 2001), Gallagher-Thompson and, Coon, et al. (under review), and Gallagher-Thompson and, Solano, et al. (under review) (D. Gallagher-Thompson, Coon, D., Solano, N., Amber, C., Rabinowitz, R., and Thompson, L. (under review). 2013) which suggested that culturally-tailored skills programs could be more effective with Latinas and Caucasian women than a traditional support group in reducing caregiver depression, increasing positive coping, and fostering aspects of social support. Another multi-component psycho-educational intervention that included education, skills training, and family support was also found to significantly reduce caregivers' negative reactions to disruptive behaviors and caregiver burden over time (Ostwald, 1999).

In summary, multi-component counseling programs have been found to have positive effects on caregivers in areas such as subjective burden, caregiver depression, service utilization, stress levels, and perceived quality of life (Selzer, 1987), (Montgomery, 1989), (Zarit, 1998), (M. S. Mittelman, Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., and Levin, B., 1996), (Ostwald, 1999), (Kolanowski, 2010).



## 5.2 Conclusion of program development

This part is divided into four sections: conclusion of the study, strengths, limitations, and recommendations.

### 5.2.1 Conclusion

The program was developed from based on a synthesis of previous research studies, as well as the data from an exploration of e caregivers' resilience, with an integration of the resilience theory of Davis (1999). The program was composed of health counseling and support with multi-component interventions. The six major domains included the following: 1) physical competence, 2) relationship competence, 3) emotional competence, 4) moral competence, 5) cognitive competence, and 6) spiritual competence. The program was provided eight sessions including session one: - engagement, session two: - self-care enhancement, session three: - communication skills training, session four: - relaxation techniques, session five: – managing physical care, session six: – managing skills training, session seven: – religious support, and session eight: – termination. The content validity index was equal to 0.87, and the program could be implemented with Thai caregivers in an OPD setting.

The quasi-experimental research design was used to examine the short- terms effects of the program. The program was conducted during period of six months. The 60 participants were recruited based on the inclusion criteria, with 30 in the intervention group, and the other 30 in the control group. The instruments used for data collection were as follows: (1) The demographic data questionnaire, and (2) The Caregiver Resilience Scale (CRS). The majority of the participants were female and there were no statistically significant differences in base line demographics data between the participants in the intervention and control groups in terms of gender, age, education, average family income, relationships with older persons with dementia, duration of caregiving, responsibility for caregiving, and vacations ( $p > 0.05$ ).

#### *Strengths*

The strength of program development can be presented in relation to the theoretical framework and the methodology as follows:

### 5.2.2 Theoretical framework

The program was developed based on a synthesis of previous research studies, data from an exploration of e caregivers' resilience, and the Resilience Theory of Davis (1999). The program also incorporated the learning theory of Bandura, so that each concept was guided with theoretical explanation of difference aspects modified for the present study. The theoretical framework of the program was strong and appropriate for Thai caregivers. The results confirmed that the program could enhance resilience in caregivers of older persons with dementia.

#### *The methodology*

Firstly, to avoid the intervention (exposure) bias such as contamination and co-intervention effects that may have occurred from information sharing between the intervention group and control group, the Caregiver Resilience Scale was administered with the participants in the control group before it was administered with the participants in the intervention group.

Secondly, different pre-test, post-test, and follow-up instrument were used as a measurement administered with Thai caregivers. The scores obtained from the selected instruments were believed to reflect the actual scores of interventions in the intervention group. The repeated measures at three points of times were

evaluated to reflect the trends of the outcome variables. The interventions were given and measured in a total of eight sessions.

Lastly, the F – test and a Two- Way Repeated Measure ANOVA were employed to test the study hypotheses. The selected statistical measures provided assessment of overall differences between the two groups of participants and reduced inflated Type 1 errors.

### 5.2.3 Limitations

Firstly, the study was conducted at only one tertiary hospital in an upper southern area, so it may not represent a tertiary hospital in others regions which have different health services and where the patients have different cultural traits.

Secondly, the program was implemented with Thai caregivers who were able to read and understand the Thai language. At present, there are a large number of Burmese, Cambodian, and Laotian caregivers and patients in the Thai health care service system and their numbers continue to rise. The study results would not be generalized to these foreign caregivers and patients involved in the present-day Thai healthcare service system.

Thirdly, the Caregiver Resilience Scale required clinical judgment from experts in specific areas. Therefore, it was suitable for use by healthcare professional who have undergone training.

Fourthly, this study was a short- term program, and the duration of the study was not long enough for a comprehensive evaluation of the effectiveness of the program in such areas as prevention of depression or decrease in caregiver burden.

### 5.2.4 Recommendations

According to the limitations of the study, the following recommendations for further research could be made:

1. Resilience enhancement programs should be designed with specific emphases such as communication skill, management of physical care, and management of skill training.
2. Further research should involve a long- term study, with a longitudinal support group intervention program designed to evaluate the effectiveness of the program as well as its long- term effects of resilience enhancement on depression, and caregiver burden.
3. A randomized controlled trial should be conducted to examine the effectiveness of the program intervention on depression and burden over a long period of time (e.g., 12, 18, and 24 months).
4. A longitudinal study using a mixed- method research design should also be undertaken. For example, a study may combine a controlled trail with a longitudinal study with a long period of follow-up. Also, a qualitative research approach is recommended to examine the long- term effects of an individual program, not only on improvement of resilience but also on prevention of depression and decrease in burden of primary caregivers of chronic patients.

## 5.3 Discussion of Scale Development

As regards the result of the scale development phase, the CRS was constructed based on an exploration of caregivers' data and the Resilience Theory of Davis (1999). Then, the validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS) were examined, and the results confirmed that the CRS was the newly developed scale that was quantifiable to measure resilience in primary caregivers. The results regarding scale development are discussed based on the research questions as follows:

The Caregivers Resilience Scale (CRS) consisted of six domains: (1) physical competence, (2) relationship competence, (3) emotional competence, (4) moral competence, (5) cognitive competence, and (6) spiritual competence. The existing theoretical structures of the CRS are described as follows:

1. Physical competence

The physical competence domain for caregivers consisted of five items, including sleeping for at least six to eight hours per days, undergoing a physical check-up once a year, having time for activities, drinking more water than caffeine, and eating healthy food. This domain was a strong contributing factor to caregivers resilience in Thai primary caregivers (% of variance = 13.10). The study findings indicated that Thai primary caregivers did not perform self-care by using physical competence. This was simply because Thai primary caregivers were mainly blood relatives of the patients, so they tended to devote their time for the care of their loved one. Therefore, they overlooked their own health, while they had to suffer the direct effects of caring for older persons with dementia. As reported by (Ritteeveerakul, 2005), strain from direct care was a predictor of health status of family caregivers ( $R^2=27.4, P < .05$ ). As a result, healthcare professionals should promote physical health of caregivers and encourage them to perform self-care so as to maintain their health status.

2. Relationship competence

The relationship competence domain for caring for older persons with dementia consisted of five items, such as listening, body language, argument, reducing the noise, and annoyance. This domain was also a strong contributing factor to resilience in Thai primary caregivers (% of variance = 15.60). All items reflected communication skill. From a literature review communication with older persons with dementia is important because it has effects on the outcome of caring for older persons with dementia.

3. Emotional competence

The emotional competence domain for caregivers consisted of five items, such as being happy and laughing, having other person provide care, shouting and roaring, abusing the elderly persons, and doing only one thing. This domain was a strong contributing factor to resilience in Thai primary caregivers (% of variance = 18.31). The findings indicated that Thai primary caregivers had to bear the direct effect of caring for older persons with dementia. Similarly, previous research has reported that the direct strain from caring for older persons with dementia on health status include depression, anxiety, stress, headache, sleeplessness, and exhaustion.

4. Moral competence

The moral competence domain for caring for older persons with dementia consisted of five items, including ability to take medication, preparing meals, relaxation, managing the environment, performing hygiene care. This domain was found to be a strong contributing factor to resilience in Thai primary caregivers (% of variance = 22.31). All items in this domain reflected caring for older persons with dementia. According to the Resilience Theory of Davis (1999) and a literature reviews, moral competence is important because moral competence enables caregivers to provide complete care that can control or delay progression of the disease.

5. Cognitive competence

The cognitive competence domain for caring for older persons with dementia consisted of five items as follows: managing agitation, wandering, psychological disorders, abusing oneself or others, and sleeplessness. This domain was a strong contributing factor to resilience in Thai primary caregivers (% of variance = 15.70). All items in this domain reflected caregivers' competence. It is worth noting that behavioral and psychological management

was frequently found in mild to moderate demented elderly persons. Therefore, cognitive competences is important for primary caregivers as it equips them with the ability to properly carry out behavioral and psychological management.

#### 6. Spiritual competence

The spiritual competence domain for caregivers consisted of five items, including accepting the new situation, offering religious support, forgiveness, seeking hope, and having beliefs and faith. This domain was a strong contributing factor to resilience in Thai primary caregivers (% of variance = 25.10). The findings of this study indicated that Thai primary caregivers cared for older persons with dementia by using religious teaching and maintaining, belief hope, and faith for spiritual support.

The CRS has been examined to ensure content validity by a panel of three experts who were specialists in psychiatry, especially in dementia. Using a panel of experts to reviews and specify each items, the content validity of the instrument could be improved (Lynn, 1986). The experts should be able to give comments to each of the items that covered and represented the resilience domains. The Content Validity Index (CVI) of CRS was found to be 0.85 which means that the CRS was a highly representative of resilience for in Thai primary caregivers (Gill and Jackson, 2002). Factor analysis was used in this study to evaluate construct validity of the CRS. The final draft of the 30-items CRS consisted of six factors with communality ranging from 0.40 to 0.78. Therefore, all items were considered presenting high accept communalities with value of greater than 0.20 and the total percentage of variance of 62.15% (Tabachnic, 2001). Therefore, it was concluded that the CRS was appropriate to assess resilience in Thai primary caregivers.

The results of the reliability evaluation of the 30-items CRS showed that the instrument was stable, had internal consistency, and had correlational value of 0.81. As regards internal consistency, the reported Cronbach's alpha coefficient of each domain ranged from 0.83 to 0.87 which indicated a high degree of homogeneity (Burns, 2005).

### 5.3.1 Summary

The CRS was presented found to be both valid and reliable. The final draft of the CRS for Thai primary caregivers consisted of 30 items within six domains (physical competence, relationship competence, emotional competence, moral competence, cognitive competence, and spiritual competence). Finally, the CRS was considered a newly developed instrument that could be appropriately implemented with Thai primary caregivers who cared for older persons with dementia.

## 5.4 Conclusions of scale development

The Caregivers Resilience Scale (CRS) was developed for use with Thai caregivers. The validity and reliability of the Caregiver Resilience Scale (CRS) had been examined. The conclusion of scale development is presented as follows:

In the first phase, the scale development was conducted by using the literature review and exploration of caregivers' data. The conceptual structure of resilience was constructed from the Resilience Theory of (Davis, 1999). A semi-structured interview was undertaken with ten Thai caregivers so as to establish the domain conceptual structure of resilience. The results of resilience were composed of six domains with 9nine components as follows: 1) the physical competence domain was indicated by physical self-care; 2) the relationship competence domain was indicated by communication with demented elderly persons; 3) the emotional competence domain was indicated by anger management and, stress management; 4) the moral competence domain was indicated by

physical care for demented elderly persons (Activities of Daily Living: ADL and Instrumental Activities of Daily Living: IADL), and medication administration; 5) the cognitive competence domain was indicated by behavioral and psychological problems management for demented elderly persons; and 6) the spiritual competence domain was indicated by religious support.

In the second phase, the psychometric evaluation of the CRS was conducted including content validity, reliability, construct validity, and field test. The first draft of the 36-item CRS was confirmed by three experts. The second draft with 30 items was accepted with the Content Validity Index (CVI) of 0.87. Then, in the step of pre-test, the second draft of the 30-item CRS was tried out with 30 caregivers who met the inclusion criteria so as to evaluate its internal consistency. The results indicated that alpha coefficient was equal to 0.87, which was acceptable. Therefore, the 30-item third draft was examined in the step of the field test.

In the step of the field test, the 30-item third draft of the CRS was tried out in 150 participants to examine the internal consistency and the existing alpha coefficient of 0.87. The Exploratory Factor Analysis (EFA) was used for construct validity. The final draft with 30 items was composed of six domains as follows: 1) physical competence, 2) relationship competence, 3) emotional competence, 4) moral competence, 5) cognitive competence, and 6) spiritual competence.

In summary, the final draft of the CRS was composed of six domains, which would be used to measure resilience of Thai caregivers. The reliability and validity of the 30-item CRS were also found to be high.

#### *Strengths*

The strengths of the scale development are presented in terms of the conceptual structure and methodology as follows:

1. The conceptual structure

The conceptual structure of the Caregiver Resilience Scale (CRS) was constructed based on the Resilience Theory, a synthesis of previous research, a literature review on the concept of resilience, and qualitative data from an exploration of resilience in Thai primary caregivers in a Neurological and Memory Clinic in an Out-Patient Department (OPD) setting. The resilience theory presented a resilience structure which was in congruence with Thai primary caregivers. The knowledge from the literature review and the synthesis of previous research provided the evidence-based practice which was related to evaluation of resilience in caregivers. Therefore, the domain structure of resilience has strong evidence and theoretical support. Moreover, in the step of qualitative approach, the actual data that were in congruence with Thai primary caregivers were provided. In summary, the specified domain of CRS has strong conceptual structure.

2. The methodology

The process of psychometric evaluation was conducted because for the present study was the first study in the field test using an Exploratory Factor Analysis (EFA). The sample size estimation was done based on sample criteria for factor analysis for verification of the construct of the CRS. It was considered a strong scale because the items were arranged in a four-point Likert scale to avoid the neutral and ambivalent midpoint.

#### 5.4.1 Limitations

The limitations of scale development are presented in terms of threats to external validity as follows:

1. The sample was selected from one setting to examine the construct validity, so the sample only represented Thai primary caregivers living in the upper southern region. In other words, the result may not present strong evidence to support resilience of caregivers living in other regions.
2. The CRS was developed only for caregivers who were caring for older persons with dementia at the Out-Patient Department (OPD) in a tertiary care setting. It may not be used to measure resilience in caregivers of patients in primary and secondary care settings.

#### 5.4.2 Recommendations

1. The new conceptual structure of resilience in caregivers of older persons with dementia is significant for healthcare professionals to use to measure resilience. Therefore, it may be used as a framework for further development of CRS in Thailand.
2. In the process of psychometric evaluation, the construct validity of the CRS when it is used in others regions of Thailand or in other kinds of healthcare settings should also be carried out.



- Adams K, M. M., Smyth K. (2008). Personal losses and relationship quality in dementia caregiving. *Dementia, Dementia*, 301–319.
- Aekplakorn, W. (2009). National Health Examination Physical Activity. Retrieved 14 March 2013, from [www.nheso.or.th](http://www.nheso.or.th)
- Aggar C, R. S., and Cameron (2010). Reaction to caregiving of frail, older persons predict depression. *Int J Ment Health Nurs*, 19, 409-415.
- Association, A. P. (2007). The Road to Resilience Retrieved 9 April 2013, from <http://www.apehelpcenter.org/featuretopics/feature.php>
- Association, A. P. (2010). Building Your Resilience. Retrieved 17 February 2013
- Association, A. P. (2013). What is Resilience? Psych Central. Retrieved 29 January, 2013
- Association, A. s. (2010a). Alzheimer's Facts and Figures. Retrieved 19 June 2013, from [www.alz.org/alzheimer's\\_disease\\_facts\\_figures.asp](http://www.alz.org/alzheimer's_disease_facts_figures.asp)
- B., S. C. (2010). *Alzheimer's Disease Caregivers Burden: Does Resilience Matter?* (Doctoral of Philosophy Degree), The University of Tennessee Knoxville. Retrieved from [http://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/912](http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/912)
- Ballenger-Browning, K. (2010). Key Facts on Resilience Naval Center for Combat & Operational Stress Control. Retrieved 9 April 2013, from [www.nccosc.navy.mil](http://www.nccosc.navy.mil).
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Battle, K. D. (2010). *Resilience in African-American and Caucasian Caregivers of Family Members With Alzheimer's Disease or Related Dementia (ADRD)*. (Degree Doctor of Philosophy), The Catholic University of America, Washington, DC.
- Bausell R B, L. Y. (2006). *Power analysis for experimental research*. Paperback: Cambridge Univ.
- BH., M. (2005). *Statistical methods for health care research* (5 ed.). Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
- Blonna, R., Loschiavo, J. and Watter, Daniel N. . (2011). *Health counseling: A Micro skills Approach for Counselors, Educators, and School Nurses*. (2nd ed ed.). LLC: Jones and Bartlett Publisher.
- Bourgeois, M., Schulz, R., and Burgio, L. (1996). Intervention for caregivers with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process and outcomes. *International Journal on Aging and Human Development*, 43, 35 - 92.
- Bowlby Sifton, C. (2004). *Navigating the Alzheimers Journey: A compass for caregiving*. Baltimore, USA: Health Professionals Press.
- Boyle. L. L., I. M. S. a. P. A. P. (2011). The clinical evaluation of dementia. In M. E. a. M. Agronin, G. J. (Ed.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (pp. 139-154). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brodaty, H. (2009). Family caregivers of person with dementia. *Dialogues in Clin Neurosci.*, 11(2), 217-228.
- Brodaty, H., and Berman, K. . (2008). Intervention for family caregivers of people with dementia. In a. L. C. B. Woods (Ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Aging* (2 ed., pp. 549-569). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Brodaty, H., Green, A. and Koschera, A. . (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, , *Journal of the American Geriatrics Society*, (5), 657-664.

- Comrey, A. L., and Lee, H. B. . (1992). *First course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence-Erlbaum.
- Connor KM, D. J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 18(2), 76-82.
- Coon, D. (2012). Resilience and family caregiving *Annual Review of Gerontology & Geriatrics: Emerging Perspective on Resilience in Adulthood and Later Life*. New York: Springer.
- Davis, N. J. (1999). *Resilience, Status of the Research and Research-Based Programs* (2013). Retrieved from <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/schoolviolence/5-28resilience.asp> (19 April )
- Dettmore D, K. A., Boustani M. . (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17. doi: 10.10
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and application*. Newbury Park: Sage Publications
- Elliott A, B. L., and DeCoster J. . (2010). Enhancing caregivers' health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health 2 intervention. *Journal of the American Geriatric Society.*, 30(1), 30-37
- Fitzpatrick, K. E., and Vacha-Haase, T. (2010). Marital satisfaction and resilience in caregivers of spouses with dementia. *Clinical Gerontologist*, 33, 165-180. doi: doi:10.1080/07317111003776547
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P., and Thompson, L. (2001). Reducing distress in Hispanic family caregivers using a psychoeducational intervention. *Clinical Gerontologist*, 23, 17-32.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D., Solano, N., Amber, C., Rabinowitz, R., and Thompson, L. (under review). (2013). Distress among Caucasian and Hispanic/Latina caregivers of elderly relatives with dementia: Site specific results from the REACH national collaborative. Retrieved 19 February 2013 <http://www.alz.org/Resources/FactSheets/SRfactsheet.pdf>
- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J., McKibbin, C., Coon, D., Futterman, a., and Thompson, L. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(91-110).
- Gitlin, L. N., Burgio, L. D., Mohoney, D., Burn, R et al. (2003). Effect of Multicomponent Intervention on Caregiver Burden and Depression: The REACH Multisite Initiative at 6 month Follow-up. *Psychol aging* 18(3), 361-374.
- Grant I, A. K., Patterson TL, Dimsdle JE, Ziegler MG, and Irwin MR. (2002). Health consequences of Alzheimer's caregiving transition: effects of placement and bereavement. . *Psychosom Med* 64, 477-486.
- Grotberg, E. (1999). Countering Depression with the Five Building Block of Resilience. *Reaching Today's Youth*.
- Gunnestad, A. (2006). Resilience is a Cross-Culture Perspective: How resilience is generated in different cultures. *Journal of Intercultural Communication*
- Hall G, G. M., Dougherty J. (2009). Integrating roles for successful dementia managemen. *The Nurse Practioner*, 34(35).



- Harmell, A. L., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., and Mausbach, B. T. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: A focus on resilience factors. *Current Psychiatry Reports*, 13(3), 219-224.
- Health, D. o. M. (2009). Resilience Quotient. Retrieved 30 August, 2013, from [www.klb.dmh.go.th/index.php?m](http://www.klb.dmh.go.th/index.php?m).
- Hilgeman, M. H., Allen, R. S., DeCoster, J. and Burgio, L. D. . (2010). Positive aspect of Caregiving as a Moderator of Treatment Outcome Over 12 Months. *Psychol Aging* 22(2), 361-371
- Holroyd, S. (2004). Managing dementia in long-term care setting. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20, 83-92.
- Johnson DC., P. M., Erbes CR., King D. et al. . (2011). Resilience and response to stress: Development and initial validation of the Response to Stressful Experiences Scale (RSES). *Mil Med.*, 176(2), 161-169.
- Jones, E. G., and Kay, M. (1992). Instrumentation in cross-culture research. *Nursing Research*, 41, 186-188.
- Keeves, J. P. (1997). Models and Model building. In J. P. Keeves (Ed.), *Educational research methodology and measurement: An international handbook* (2 ed.). Oxford: Pergamon Prss.
- Kolanowski, A., Fick., D., and Frazer, C. et al. . (2010). It' s about time: use of nonpharmacological intervention in nursing home. *Journal of Nursing Scholarship* 42, 214-224.
- Kriffendorff, K. (1986). *Content analysis: An introduction to its methodology*. London: Sage.
- Kuller, L. H., and Lopez, Oscar L. . (2011). Dementia and Alzheimer, s disease: A new direction. The 2010 Jay L. Foster Memorial Lecture. *Alzheimer, s & Dementia* 7, 540-550
- Landefeld, C. S., Palmer, R.M., Johnson, M. A., Johnston, C.B., and Lyon, W.L. . (2004). *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*. Singapore: McGraw-Hill.
- Lester, B. M., Masten, A. S., and McEwen, B. . (2006). *Resilience in Children*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Lueboonthavatchai, O. (2010). *Health Counseling*. Thailand: Chulalongkorn University Publishing. .
- Luthar, S. S. (2006). *Resilience in development: A synthesis of research accross five decades* (2 ed.). New York: Wiley.
- M, S. M. a. C. (2000). Positive psychology . An introduction. *Am Psychol* 55(1), 5-14.
- Masten, A. S. (2009). Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development *Education Canada*, 3(49), 32.
- Masten, A. S. a. C., J. D. . (1998a). The development of competence in favorable and unfavorable environment. 53, 205-220.
- Masten, A. S. a. C., J. D. . (1998b). The development of competence in favorable and unfavorable environment. *American Psychologist* 53, 205-220.
- Matsumoto N, I. M., and Fukuhara R, et al. . (2007). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dement Geriatr Cogn Disord* 23, 219-224.
- McCubbin, H. L. e. a. (1999). *The Dynamic of Resilience Families*. California: Sage Publications, Inc.

- MG Cherry, P. S., JM Dickson, D Powell, S Sikdar and J Abstract. (2013). Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia. . *Clinical Gerontology*, 23, 251-266. doi: 10.1017/S0959259813000130
- Mittelman, M., Haley, W.E., Clay, O., and Roth, D.L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592-1599.
- Montgomery, R., and Borgatta, E. (1989). The effect of alternative support strategies on family caregiving. *The Gerontologist*, 29, 457-464.
- MPhill, V. P. a. S., S. . (2007). Psychological Management of Dementia: An Update. . *Napal Journal of Neuroscience* 4(2), 52-57.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neil, J. T., and Dias, K. L. (2001). Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1(2), 35-42.
- Noimuenwai, p. (2012). *Effectiveness of Adult Day Care Programs on Health Outcome of Thai Family Caregivers of Persons with Dementia*. (Doctor of Philosophy), University of Kansas, USA.
- Norton MC, S. K., Ostbye T., and et al. (2010). Greater risk of dementia when spouse has dementia? The Cache Country study. *J Am Geriatr Soc* 58(5), 895-900.
- Nunnally, J. C., and Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3 Ed.). New York: McGraw-Hill Inc.
- O'Brien, J., Ames, O., and Burn, A. . (2000). *Dementia* (2 ed.). London: Arnold.
- Ory, M. G., et al. . (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*, 39(2), 177-185.
- Ostwald, S., Hepburn, K., Caron, W., Burns, T., and Mantell, R. . (1999). Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of person with dementia. *The Gerontologist*, 39, 299-309.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., and Sourtzi, P. . (2007). Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.
- Patterson, T. L., and Grant, I. (2003). Interventions in dementia: Physical outcomes. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 629-633.
- Pinquart I., S. S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 62, 126-137.
- Polit, D. F. a. H., B. P. . (1999). *Nursing Research: Principles and Methods* (6 ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Polk, L. V. (1997). Toward a Middle-Range Theory of Resilience. *Advances in Nursing Science*, 3(19).
- Prochaska, J. O. a. D. C. C. (1982). Trans-theoretical therapy-toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276-288.
- Quinn, C., Clare, L., and Woods, R. T. (2010). The impact of motivations and meaning on the well-being of caregivers of people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22, 43-55.

- Rabins, P. V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, J., Schneider, L. S., Tariot, P. N., and Blass, D. M. . (2007). Practice guide for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementia. Retrieved 18 May 2013, from <http://www.psychiatry.com/pracGuide/LoadGuideline>
- Reivich, K. a. S., A. (2002). *The Resilience Factor 7 Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles*.
- Richardson, T. J. e. a. (2013). Caregiver Health: Health of Caregivers of Alzheimer's and Other Dementia Patients. *Curr Psychiatry Rep* 15, 367. doi: doi10.1007/s11920-013-0367-2
- Roland, C. B. (2006). On Human Resilience: Our Role as Counselors. *Adultspan Journal*, 1(2), 2-3.
- Rose JH, B. K., Kresevic D. . (2000). Nurse versus family caregiver perspectives on hospitalized older patients: An exploratory study of agreement at admission and discharge. *Health Commun* 12(1), 63-80.
- Russell, R. (2001). In sickness and in health. A qualitative study of elderly men who care for wives with dementia. *Journal of Aging Studies* 15, 351-367.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 25, 173-180.
- Scholzel-Dorenbos CJ., D. I., Vernooij-Dassen MJ., and Olde Rikkert MG. . (2009). Quality of Life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 23, 171-177.
- Schulz, R., and Sherwood, P. R. . (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing* 108(9), 23-27.
- Schumacher, K., Beck, C. and Marren, J. . (2006). Family caregivers. *American Journal of Nursing* 32(1), 92-96.
- Scott, C. B. (2010). *Alzheimer's Disease Caregiver Burden: Does Resilience Matter?* (Doctor of Philosophy Degree), University of Tennessee, Knoxville
- Siebert, A. (2007). Caregiver Resiliency. Retrieved 9 March 2013, from <http://www.resiliencenter.com/articles/caregiver.shtml>.
- Siebert, A. (2007a). Caregiver Resiliency. Retrieved 9 March 2013, from <http://www.resiliencenter.com/articles/caregiver.shtml>
- Siebert, A. (2007c). Definitions. Retrieved 9 March 2013, from <http://www.resiliencenter.com/articles/definition.shtml>.
- Siebert, A. (2007e). Resiliency and Longevity. Retrieved 9 March, 2013, from <http://www.resiliencenter.com/articles/resilong.shtml>
- Siebert, A. (2007f). Resiliency Principles. Retrieved 9 March, 2013, from <http://www.survivorguidelines.org/articles/sieb11.html>.
- Siebert, A. (2007g). The Resiliency Advantage. Retrieved 9 March 2013, from <http://www.resiliencenter.com/bkstore/ResAdv-chap1.shtml>.
- Sink KM, C. K., and Barnes DE, et al. . (2006). Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc* 54, 796–803
- Sorensen S, P. M., and Duberstein P, et al. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- Sorensen, S. a. C., Y. (2011). Issue in Dementia Caregiving: Effects on Mental and Physical Health, Intervention Strategies, and Research Needs. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19(6), 491-496.

- Stanley, M., Blair, K.A., and Beare, P. C. . (2005). *Gerontological Nursing: Promoting Successful Aging with Older Adults* (3 ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Susan C, R., Barbara G., Nirvana, H. P., and Ann, B. . (2012). Supporting Family Caregivers in Providing Care. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
- Toseland, R., Rossiter, C., Peak, T., and Smith, G. (1990). Comparative effectiveness of individual and group intervention to support family caregivers. *Social Work*, 35, 209-217.
- Toseland, R. W. (2004). Caregiver Education and Support Programs: Best practice models. Family Caregiver Alliance December. Retrieved 22 May 2013, from <http://caregiver.org/...Education>
- Touhy, T. A. (2012). *Cognitive Impairment*.
- University, I. f. P. a. S. R. M. (2011). Thai population in the future. Retrieved 9 June 2013, from [www.ipst.mahidol.ac.th](http://www.ipst.mahidol.ac.th)
- Vugt ME, S. F., Aalten P, et al. . (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry* 19, 85–92
- Wagnild, G. M., and Young, H.M. . (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 165-178.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., and Lens, E. R. . (2005). *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer Publishing Company.
- Wassman, M.-E. (2012). The Experiences of Caregivers Caring for Loved Ones with Dementia. St. Paul: Clinical Research Paper.
- Weiner, M. F. (1996). *The Dementias: Diagnosis, management and research* (2 Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilk, S. E., and Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental health*, 12, 357-365.
- Young, L., and Newman, S. . (2003). Caregiving and retirement planning: What happens to family caregivers who leave the work force? : Family Caregivers Alliance: Policy Brief. .
- Zarit, S., Stephens, M., Townsend, A., and Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effect of adult day care use. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, S267-S277.
- Zarit. S., a. F. E. (2008). Behavioral and Psychological intervention for Family Caregivers. *American Journal of Nursing*, 108(9), 47-53.

## REFERENCES






APPENDICES



## APPENDIX A: IRB STUDY APPROVAL LETTER

AF 01-12


**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**  
 อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

---

COA No. 063/2557



**ใบรับรองโครงการวิจัย**

**โครงการวิจัยที่ 029.1/57** : พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาหุงศพประกอบเพื่อเสริมสร้างความผูกพันตัว  
 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวธิดาจิต มณีวัต

**หน่วยงาน** : วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

**ลงนาม**.....  **ลงนาม**.....   
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทศนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
 ประธาน กรรมการและเลขานุการ

**วันที่รับรอง** : 5 เมษายน 2557 **วันหมดอายุ** : 4 เมษายน 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย
- แบบสอบถาม


 โครงการวิจัย..... 029.1/57  
 วันที่รับรอง..... 5 เม.ย. 2557  
 วันหมดอายุ..... 4 เม.ย. 2558

**เงื่อนไข**

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



## APPENDIX B: LETTER OF SUPPORT FROM RESEARCH STUDY SITE



รหัสโครงการวิจัยที่ 13/2557  
เอกสารรับรองเลขที่ 10/2557

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช**

<p><b>โครงการวิจัย (ภาษาไทย)</b></p> <p><b>(ภาษาอังกฤษ)</b></p> <p><b>ผู้วิจัยหลัก</b></p> <p><b>ตำแหน่ง / สถานะ</b></p> <p><b>สถาบัน</b></p>	<p>พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัว ในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม</p> <p>Development of Multi – component Counseling Program for Enhancing Resilience in Caregivers of Older person with Dementia</p> <p>นางสาวธิดาจิต มณีวัต</p> <p>นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ)</p> <p>วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>
---	--

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบ  
ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 4 เดือน เมษายน พ.ศ. 2557 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุด  
ระยะการรับรอง วันที่ 3 เดือน เมษายน พ.ศ. 2558

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราช  
านครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....*ต้นฉบับ*.....  
(นางสาวคັນสนีย์ ทองสงค์)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช  
วันที่ *10* / *4* / *57*

ลงนาม.....*สย*.....  
(นายสมชัย อัครสุตสาคร)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช  
วันที่ *10* / *10* / *57*

---

FM-102-1-14.4 ปรับปรุงครั้งที่ 4 วันที่บังคับใช้ 04/11/2554 งานผลิตและพัฒนาบุคลากร กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

ผู้วิจัย คือ นางสาวธิดาจิต มณีวัต

หน่วยงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๕ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ลงชื่อ

(นายคัมพ์ มุกคัมณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายอติเกียรติ เอี่ยมวรนิรันดร์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ ๑๑/๒๕๕๗

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐  
โทร. (๐๗๗) ๒๗๒๒๓๑ ต่อ๒๕๖๔, โทรสาร (๐๗๗) ๒๘๓๒๕๗

## APPENDIX C: INFORM CONSENT FORM

## ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย)

## (Participants Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาว ธิดาจิต มณีวัต ตำแหน่ง นิสิตสาขารณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนน ศรีวิชัย ตำบล มะขามเตี้ย อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

(ที่บ้าน) 360 ถนน ธาราธิปไตย ตำบล ท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2109 โทรศัพท์มือถือ 0815352247 E-mail:

thidajit.m@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาศึกษาผลการเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบ

4. ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

4.1.1 เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

4.1.2 มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายจำนวน 150 คน

4.1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้ดูแลเป็นผู้ลงลายมือชื่อเพื่อตอบแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

5. สถานที่ในการศึกษาวิจัยได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความหยุ่นตัวผู้ดูแล ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 150 รายเพื่อการประเมินความสามารถในการปรับตัวเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยขณะตอบแบบสอบถาม อาจมีอาการอ่อนเพลีย หรือไม่มีสมาธิขณะตอบแบบสอบถาม เนื่องด้วยสภาพร่างกาย หรือสภาพแวดล้อม ไม่เอื้อต่อการตอบแบบสอบถาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถพักขณะตอบแบบสอบถามได้
8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น
9. ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแล และสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ให้สามารถเผชิญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุคือได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดการกับปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรม
10. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ 360 ถนน รัชชบุรี ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130 โทรศัพท์ 081-5352247 E-mail: thidajit.m@gmail.com และ หากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หรือ โทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุม  
30 ราย)

(Participants Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวใน  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาว ธิดาจิต มณีวัต ตำแหน่ง นิสิตสาขารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนน ศรีวิชัย ตำบล มะขามเตี้ย อำเภอเมือง  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

(ที่บ้าน) 360 ถนน ธาราธิปไตย ตำบล ท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

โทรศัพท์ ที่ทำงาน 077272231 ต่อ 2109 โทรศัพท์มือถือ 081 – 5352247 E-mail:  
[thidajit.m@gmail.com](mailto:thidajit.m@gmail.com)

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควร  
ทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูล  
ต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความ  
หยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาศึกษาผลการเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการ  
สมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบ

4. ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

4.1.1 มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายจำนวน 30 คนสำหรับเข้าร่วมโปรแกรม

4.1.2 เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

4.1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้ดูแลเป็นผู้ลงลายมือชื่อเพื่อตอบแบบการขอความ  
ร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

4.1.4 สามารถมาตามนัดได้ทุกครั้ง

5. สถานที่ในการศึกษาวิจัยได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

6. ผู้ดูแลหลักจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเมื่อเข้าร่วม โปรแกรมจะได้รับคู่มือ  
การดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม และมีการประเมินความสามารถในการปรับตัวเมื่อรับ  
บทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคัดสนใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาผู้สูงอายุการสมองเสื่อม รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น
8. ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแล และสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุการสมองเสื่อม ให้สามารถเผชิญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุคือได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดลอม และการจัดการกับปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรม
9. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมวิจัยเป็นของที่ระลึก และอาหารว่าง
10. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ 360 ถนน รัชชิตี ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130 โทรศัพท์ 081-5352247 E-mail: [thidajit.m@gmail.com](mailto:thidajit.m@gmail.com) และหากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

**ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
**สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง 30 ราย**  
 (Participants Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาว ธิดาจิต มณีวัต ตำแหน่ง นิสิตสาขารณสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนน ศรีวิชัย ตำบล มะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

(ที่บ้าน) 360 ถนน ธาราธิปัตย์ ตำบล ท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077272231 ต่อ 2109 โทรศัพท์มือถือ 081-5352247 E-mail: [thidajit.m@gmail.com](mailto:thidajit.m@gmail.com)

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาศึกษาผลการเสริมสร้างความหยุ่นตัวในผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบ

4. ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยดังนี้

4.1.1 มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายจำนวน 30 คนสำหรับเข้าร่วมโปรแกรม

4.1.2 เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

4.1.3 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้ดูแลเป็นผู้ลงลายมือชื่อเพื่อตอบแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

4.1.4 เข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 8 ครั้ง

5. สถานที่ในการศึกษาวิจัยได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

6. ผู้ดูแลหลักจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และมีการตอบแบบประเมินความความสามารถในการปรับตัวเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และหลังจากเข้าร่วม โปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยขณะเข้าร่วมโปรแกรมอาจมีอาการอ่อนเพลีย หรือไม่มีสมาธิในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากสภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถพักขณะดำเนินกิจกรรมได้
8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น
9. ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแล และสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ให้สามารถเผชิญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุคือได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดการกับปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรม
10. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับค่าตอบแทนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นของที่ระลึก และอาหารว่าง
11. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ 360 ถนน ธาราบิดี ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130 โทรศัพท์ 081-5352247 E-mail: thidajit.m@gmail.com และ หากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ หรือ ทักษะเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่
12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง 150 ราย)

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวใน  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ / นามสกุล .....ได้รับ

คำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยนางสาว ธิดาจิต มณีวัต ที่อยู่ 360 ถนน ถนน ธาราธิปไตย ตำบล ท่าข้าม  
อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130 โทรศัพท์ 081-5352247 ที่ทำงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์  
ธานี

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตอบแบบสอบถามความหยุ่นตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมเพื่อประเมิน  
ความสามารถในการปรับตัวเมื่อรับบทบาทผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอาการสมอง  
เสื่อม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:  
[eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

( )

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

( )

พยาน

ลงชื่อ.....

( )

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มทดลอง 30 ราย)

### (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาหุองศ์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวใน  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ  
วิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ / นามสกุล.....ได้รับ

คำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัยนางสาว ธิดาจิต มณีวัต ที่อยู่ 360 ถนน ถนน ธาริทธิดี ตำบล ท่าข้าม  
อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130 โทรศัพท์ 081-5352247 ที่ทำงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์  
ธานี

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาหุองศ์ประกอบตามเพื่อพัฒนาความสามารถใน  
การปรับตัวเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้  
เวลาในการเข้าร่วมการวิจัย 8 สัปดาห์ และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการประเมิน  
ความสามารถในการปรับตัวเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมซ้ำในระยะเวลา 1  
เดือน และ 3 เดือน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอาการสมอง  
เสื่อม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail:**  
[eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

( )

( )

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

( )

พยาน



## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มควบคุม 30 ราย)

### (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวใน  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ / นามสกุล.....ได้รับคำอธิบาย

อย่างชัดเจนจากผู้วิจัยนางสาว ธิดาจิต มณีวัต ที่อยู่ 360 ถนน ถนน ธาราธิคดี ตำบล ท่าข้าม อำเภอ  
พุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130 โทรศัพท์ 081-5352247 ที่ทำงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้าได้รับคู่มือการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม  
การวิจัย และหลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการประเมินความสามารถในการปรับตัวเมื่อรับ  
บทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมซ้ำในเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอาการสมอง  
เสื่อม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:  
[eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

( )

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

( )

พยาน

ลงชื่อ.....

( )

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย









7. Comorbidity

- (        ) No
- (        ) Yes

(please specify).....

.....

.....

.....

8. Psychological symptoms

- (        ) No
- (        ) Yes (please specify).....

.....

.....

.....

.....

9. Behavioral symptoms

- (        ) No
- (        ) Yes

(please specify).....

.....

.....

.....

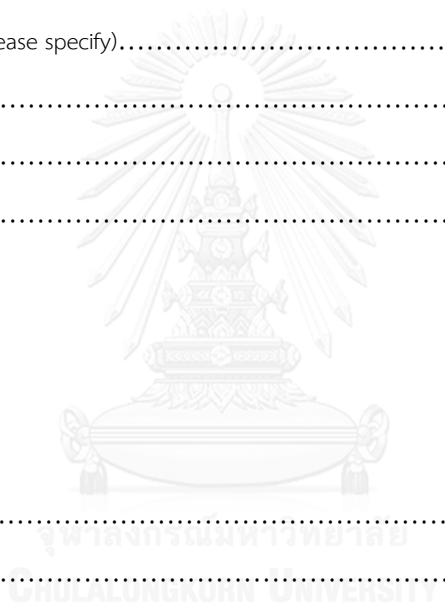
.....

10. Capability of Activities of Daily Living

- |            |      |            |     |
|------------|------|------------|-----|
| (        ) | 0-4  | (        ) | 5-8 |
| (        ) | 9-11 | (        ) | 12+ |

11. Chula IADL Index

- (        ) 0-2
- (        ) 3-5
- (        ) 6-8
- (        ) 9+

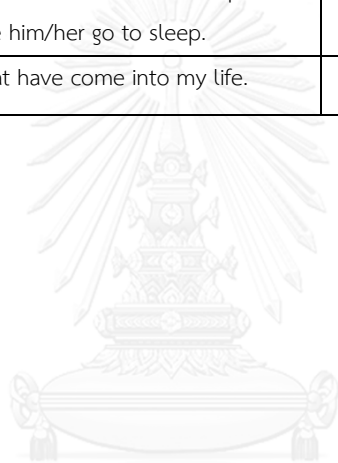




	of the television or radio, or trying to find a quiet place with no disturbance to talk.				
10	When the older person with dementia asks the same question repeatedly, sometimes I feel annoyed.				
11	I feel happy and I sometimes laugh while giving care to the older person with dementia.				
12	I feel that I am not alone because there are still other people who are ready to help me.				
13	While giving care to the older person with dementia, I sometimes shout and scream at them because I cannot control my emotion.				
14	I sometimes use violence with the older person with dementia when I am very angry.				
15	I have mentally prepared myself for a new situation and think of only one thing at a time.				
16	I am able to make the older person with dementia to take the medication as prescribed by the doctor and take him/her to see the doctor on the day of the appointment.				
17	I am able to prepare meals and take care of food intake of the older person with dementia, and I even let the older person with dementia				

No	Statements	0	1	2	3
18	I take the older person with dementia watch the television or listen to music, and I take him/her to go for walk outside, seeing his/her friends, and going to a temple.				
19	I arrange the environment to ensure safety such as making sure the floor is not slippery, having adequate lighting, and putting up signs.				
20	I take care of personal hygiene of the older person with dementia such as bathing, taking care of oral hygiene, and getting dressed.				

21	When the older person with dementia is restless, disobedient, or repetitive, I understand him/her and am able to calm him/her down.				
22	When the older person with dementia is wandering or trying to get out of the house, I am able to make him/her stop wandering.				
23	When the older person with dementia loses self-perception or talks to himself/herself, I am able to make him/her regain self-perception.				
24	When the older person with dementia tries to hurt himself / herself other people, or me, I tend to be frightened and do not know what to do.				
25	When the older person with dementia is sleepless at night, I am able to make him/her go to sleep.				
26	I accept the changes that have come into my life.				



No	Statements	0	1	2	3
27	When I do good deeds, I think that the sacred being knows what I am doing.				
28	I am able to forgive others who do not give care to the older person with dementia as much as I do.				
29	I am able to seek something to hold on to spiritually such as beliefs and faith in my own religion.				
30	I have a chance to do religious activities such as praying, meditating, going to the temple or mosque, depending on my own religious beliefs.				

APPEXDIX E: HANDBOOK FOR CAREING OLDER PERSONS WITH MILD TO MODERATE  
DEMENTIA

# คู่มือดูแลผู้สูงอายุ

อาการสมองเสื่อม

ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

สำหรับผู้ดูแล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

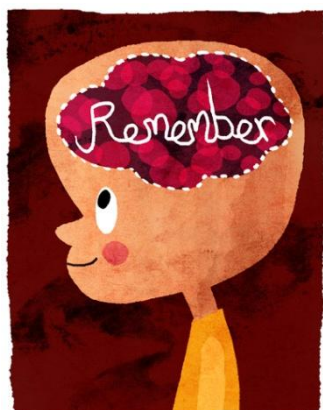


## คำนำ

คู่มือการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ซึ่งคู่มือการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมเล่ม

นี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติดูแล ทางด้านร่างกาย รวมทั้งด้านพฤติกรรม และจิตใจ

ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับปัญหา ความ ต้องการของผู้สูงอายุ จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้ง ผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมและผู้ดูแล สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข



## อาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

อาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยความสามารถของสมองใน หลาย ๆ ด้าน เช่น ความจำ แยกแยะ การใช้ภาษา ไม่ถูกต้อง การแก้ปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม การรับรู้สิ่งแวดล้อม การรับรู้ความเป็นจริงผิดปกติ รวมทั้งมีความผิดปกติในการบริหารจัดการ อัตราการเกิดอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจะสูงขึ้นเมื่อ อายุ มาก ขึ้น และ อาการ สมอง เสื่อม ในผู้สูงอายุจะมีอาการแสดงแบบเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

### สาเหตุของอาการสมองเสื่อม

แม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการสมองเสื่อมจะไม่สามารถรักษาได้ เช่น สมองเสื่อมที่มี สาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากหลอดเลือด แต่ยังมีสาเหตุอีกส่วนหนึ่งที่ยัง สามารถรักษาได้ เช่น สาเหตุจากต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ จากการขาดสารอาหาร เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 12 เกิดจากช่องในสมองขยายใหญ่เนื่องจากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง เกิดจากการได้รับ ยาหรือสารที่มีผลต่อการทำงานของสมอง

### อาการและการดำเนินโรค

1. ระยะแรก (1-3 ปี) มีความจำบกพร่อง ลืมการสนทนาที่เพิ่งพูดไป ถามคำถามเดิมซ้ำๆ จำเรื่องราวในอดีตได้ดี มีปัญหาการใช้ภาษา เลือกคำมาใช้พูดไม่ถูก เช่น เรียกทีวีว่าตู้ฉายหนัง
2. ระยะกลาง (2-10 ปี) อาการลืมเป็นมากขึ้น เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ ความทรงจำเก่าๆ เริ่มเลือน บกพร่องการดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน อาจเห็นภาพหลอน และหูแว่วได้
3. ระยะรุนแรง (3-12 ปี) ความจำเสื่อมอย่างมาก จำใครไม่ได้แม้แต่ตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ นอนติดเตียง ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

### แนวทางการรักษา

1. การรักษาโดยใช้ยา เพื่อรักษาตามอาการ หรือเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม และอาการทางจิต ยาที่ใช้จึงมุ่งที่จะเพิ่มสารเคมี อะซิติลโคลีน (acetylcholine) และยับยั้งเอนไซม์ (acetylcholinesterase inhibitors) ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในยาทุกกลุ่มคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา การใช้ยาเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการไม่อยู่นิ่ง และอาการทางจิต พบว่าผลข้างเคียงจากยามีน้อยมาก มักได้ผลไม่คุ้มเท่ากับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้นแนวทางการจัดการปัญหาพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือและให้ความรู้กับผู้ดูแลจึงนำมาใช้ในการรักษาด้วยเช่นกัน

### การดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

1. การดูแลด้านร่างกาย ผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมมักมีปัญหาการทำกิจวัตรประจำวัน แนวปฏิบัติในการดูแลด้านร่างกายดังต่อไปนี้

การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น จำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้ว ในผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการกลืน การเคี้ยว ใช้ช้อนตักอาหารไม่ได้

- อาหาร เวลา ถ้วยชาม สถานที่รับประทานอาหาร พยายามให้เหมือนเดิมที่เคยทำเป็นประจำ
- อาหารควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่ร้อนจัดจนเกินไป ย่อยง่ายต่อการเคี้ยว และการกลืน ให้อาหารระหว่างมือครั้งละน้อยๆ
- เตือนให้ผู้สูงอายุทราบล่วงหน้าก่อนถึงเวลารับประทานอาหาร
- ใช้เวลาในการรับประทานอาหาร ไม่เร่งรีบ หรือบังคับ

- ในผู้สูงอายุบางรายที่ใส่ฟันปลอม ผู้ดูแลต้องตรวจดูตำแหน่งฟันปลอมให้เรียบร้อย ก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร
- ควรพาผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามความจำเป็นเพื่อตรวจสุขภาพเหงือก และฟัน

*การแต่งกาย* ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น สวมเสื้อผ้าไม่ถูกวิธี ไม่ทราบวิธีการสวมเสื้อผ้า จัดลำดับการสวมเสื้อผ้าไม่ถูกต้อง

- เตรียมเสื้อผ้าที่ผู้สูงอายุชอบ ไว้อย่างน้อย 2 ชุดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เลือกด้วยตนเอง
- เตรียมเสื้อผ้าที่สวมใส่สบาย และสวมใส่ได้ง่าย ถอดง่าย
- ไม่ควรโต้เถียงกับผู้สูงอายุถ้าผู้สูงอายุต้องการเสื้อผ้าแตกต่างจากที่ผู้ดูแลเตรียมไว้
- ขณะเปลี่ยนเสื้อผ้าควรเปลี่ยนในห้องที่มีมิดชิดมีความเป็นส่วนตัว และมีเฉพาะผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเท่านั้น ให้เวลาผู้สูงอายุขณะสวมใส่เสื้อผ้า ไม่เร่งรัด

*การอาบน้ำ* ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น มักลืมอาบน้ำ หรือไม่ชอบอาบน้ำ

- เวลาที่ให้ผู้สูงอายุอาบน้ำควรเป็นเวลาเดิม เช่น ก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนออกไปพบญาติ พบเพื่อน และให้เวลากับผู้สูงอายุขณะอาบน้ำ
- หลีกเลี่ยงอาบน้ำหลังจากรับประทานอาหาร
- ถ้าอากาศหนาวควรเตรียมน้ำอุ่น อุณหภูมิของน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
- ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้นควรเลื่อนเวลาออกไปเล็กน้อย
- คำนึงถึงความปลอดภัยขณะผู้สูงอายุอาบน้ำ เช่น เตรียมเก้าอี้นั่งอาบน้ำ มีราวติดไว้ข้างผนัง สำหรับยึดเพื่อป้องกันหกล้ม ฟ้ายางรองพื้นชนิดกันลื่น
- สถานที่อาบน้ำควรมีความเป็นส่วนตัว และในผู้สูงอายุบางรายที่ต้องช่วยขณะอาบน้ำควรหาผ้าสำหรับปิดบังร่างกายบางส่วนไว้ ไม่เปิดเผย ควรมีเฉพาะผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเท่านั้น

*การขับถ่าย* ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก

- เวลาที่พาผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำควรเป็นเวลาเดิมทุกวัน และคอยเตือนเมื่อถึงเวลา
- ก่อนนอนไม่ควรดื่มน้ำมาก ปล่อยให้ร่างกายขับถ่ายก่อนนอน



- เปิดไฟทางเดินเข้าห้องน้ำ ดูป้ายสัญลักษณ์แสดงว่าเป็นห้องน้ำ ใช้ผ้าคลุมกระจกในห้องน้ำ
- ผู้สูงที่กลืนปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ เตรียมผ้าอ้อมสวมใส่สำหรับผู้สูงอายุ และทำความสะอาดบริเวณก้น อวัยเพศหลังจับถ่ายให้สะอาด
- เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ๆ ที่นอน

ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน เช่น การประกอบอาหาร การพาผู้สูงอายุไปพบเพื่อน การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เดินออกกำลังกาย ไปเที่ยวในสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง

การรับประทานยา ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น ไม่ยอมรับประทานยา ต้องรับประทานยาหลายอย่าง เกิดอาการข้างเคียง กินยวันละหลายครั้ง

- จัดยาสำหรับหนึ่งวัน หรือหนึ่งสัปดาห์โดยใช้อุปกรณ์จ่ายยา
- ใตยาให้ในอุปกรณ์จ่ายยาสำหรับหนึ่งวัน หรือหนึ่งสัปดาห์ ในแต่ละวัน ผู้สูงอายุสามารถกินยาตามคำสั่งแพทย์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุช่วยกันตรวจดูยาที่เหลือ และกากบาทแต่ละวันที่ผ่านไป ปฏิทิน
- ทุกครั้งที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดต้องนำยาที่ผู้ป่วยรับประทานมาด้วยทุกครั้ง
- ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกัน (ยาตีกัน) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยต้องไปคลินิก หรือร้านยาควรนำรายชื่อยาที่ใช้อยู่ไปด้วย
- ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการข้างเคียงจากยา อาการเรื่องการรับรู้ความทรงจำ เมื่อได้รับยารักษาโรคอื่นๆร่วม

**2. การดูแลด้านจิตใจ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ** ความรุนแรงของอารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ดังนั้น ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการที่จะเข้าใจ เรียนรู้ ยอมรับปรับตัวเพื่อให้สามารถเผชิญและจัดการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

### 2.1 การดูแลด้านจิตใจ

การนอน ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น ไม่นอนกลางคืน กลางวันหลับมาก

- ผู้ดูแลตรวจสอบว่าปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากยา
- หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุดื่มชา หรือกาแฟ

- ให้ผู้สูงอายุนอนพักผ่อนเก้าอี้ในตอนกลางวันเพื่อป้องกันความสับสนระหว่างกลางวันกับกลางคืน
- เตือนผู้สูงอายุเมื่อใกล้ถึงเวลานอนพาผู้สูงอายุเข้านอนเวลาเดิม
- นวดหลัง พาเดินในตอนเช้า ตอนเย็น อาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ดีขึ้น
- เปิดไฟในห้องนอนช่วยลดการกระสับกระส่ายในตอนกลางคืน
- ภายในห้องนอนไม่ควรเสียงดังมากเกินไป เช่น เปิดทีวี วิทยุ เสียงดัง

วางแผน ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น ไม่สนใจกิจกรรมประจำวัน แยกตัว สีหน้าไม่ค่อยแสดงอารมณ์

- ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมที่เขยชอบ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ดูทีวี ทำงานอดิเรก ช่วยทำอาหาร
- พาผู้สูงอายุเดินเล่น ออกกำลังกาย พักผ่อนนอกบ้าน ไปสถานที่ที่ผู้สูงอายุเคยชอบ ช่วยให้มีสภาพร่างกายและจิตใจสดชื่น
- การกระตุ้นการรับรู้ โดยให้ฟังดนตรี ฟังเพลงที่เขยชอบ ดูภาพ

หลังคิดหว่านระแวง ประสาทหลอน ผู้สูงอายุอาจมีอาการ เช่น รู้สึกว่ามีคนมาขโมยของ เห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้าน พุดกับตัวเองหน้ากระจก

- บอกความจริง อธิบายด้วยเหตุผล พุดกับผู้สูงอายุด้วยความสุภาพ นุ่มนวล
- การยอมรับ และเข้าใจ หรือพยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุ
- ตรวจสอบการมองเห็น และการได้ยินของผู้สูงอายุ
- สร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุโดยการสัมผัส
- จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้แสงสว่างพอเหมาะ ไม่มีของมากเกินไป
- กระตุ้นให้ผู้สูงอายุบอกว่ามองเห็น และได้ยินอะไร
- หากมีอาการถี่ขึ้นควรพาผู้สูงอายุไปพบจิตแพทย์

## 2.2 การดูแลด้านพฤติกรรม

*เดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย* ลักษณะของอาการ เช่น เดินหาของ เดินไปมาในบ้าน พยายามหนีออกจากบ้าน

- ทำบัตรประจำตัว ปักชื่อที่เสื้อ โดยเขียนที่อยู่ ชื่อบุคคลใกล้ชิดที่ติดต่อได้ให้ผู้ป่วยพกไว้ติดตัวตลอดเวลา
- ใส่กลอนประตูแบบรหัส ใส่กลอน 2 ชั้น
- วางกระจกไว้หน้าประตู หรือใกล้ประตูทางออก
- พาผู้สูงอายุเดินออกกำลังสม่ำเสมอเพื่อช่วยลดอาการเดินไปมาไร้จุดหมาย และช่วยให้สงบ
- ใช้ผ้าเทปสีเหลือง หรือสีแดงปิดไว้ที่ประตูทางออก แขนวระฆังไว้ที่ประตู เก็บกุญแจประตู

*การสื่อสาร* ลักษณะอาการ เช่น ถามเรื่องเดิมซ้ำๆ จำบุคคลใกล้ชิดตัวไม่ได้

- เบี่ยงเบนความสนใจ
- ไม่ควรย้อนกลับมาถามอีก หากลืมไปแล้ว
- ใช้ป้ายบอกของใช้ประจำวัน
- ผู้ดูแลคาดเดาว่าผู้สูงอายุต้องการจะบอก หรือสื่อถึงอะไร
- ใช้คำพูดสั้น เข้าใจง่าย

*การเปลี่ยนเสื้อผ้า* ลักษณะอาการ เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้าที่ไม่คุ้นเคย หรือเปลี่ยนเสื้อผ้าขณะอยู่นอกบ้าน

- ควรหาสาเหตุเพื่อจัดพฤติกรรมเหล่านั้น
- พยายามคงไว้ซึ่งเสื้อผ้าชุดเดิมที่คุ้นเคย
- บอกให้ผู้สูงอายุทราบเมื่อเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่

*หลงลืม* ลักษณะอาการ เช่น ลืมของ ชอบซ่อนของ ลืมนัดหมาย จำเรื่องใหม่ๆ ไม่ได้

- ควรมีของสำรอง ตรวจสอบถึงขยะ และคอยสังเกตต่างๆ ไม่ได้เกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อของหาย
- ใช้ปฏิทินขนาดใหญ่กากบาททับตัวเลขวันที่ของแต่ละวันที่ผ่านไป
- บอกวัน เดือน ปี ให้ผู้สูงอายุทราบ
- ใช้สมุดจดบันทึกการนัดหมาย

### บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์**. บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด กรุงเทพมหานคร.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **ล้างพิษทางจิตแล้วคิดบวก**. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. กรุงเทพมหานคร.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์**. บริษัทเรดิเอชั่นจำกัด. กรุงเทพมหานคร.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2 หจก. สุวิชาญการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.

สุาเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2556). **เอกสารประกอบการอบรม Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Dementia and Practical Management**.



## APPENDIX F: MULTI-COMPONENT COUNSELING PROGRAM

โปรแกรมให้คำปรึกษาองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม  
(The Multi-component Counseling Program for Enhancing Resilience in  
Caregivers of Older Persons with Dementia)

โดย  
นางสาว ธิดาจิต มณีวัต  
นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

ปี 2557

คำชี้แจง

โปรแกรมให้คำปรึกษาองค์ประกอบ เพื่อเสริมสร้างความสามารถผู้ดูแลในการดูแลตนเอง และ  
ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ส่งผลให้สามารถปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแล ดูแล  
ผู้สูงอายุได้ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุในครอบครัวได้  
อย่างมีความสุข

1. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

2) เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้มีความรู้ ความสามารถในการปรับตัวอยู่ร่วมกันในครอบครัว และให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 2) มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี
- 3) มีความประสงค์เข้าร่วมโปรแกรมโดยสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 6 ครั้ง

3. ขั้นตอนโปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

โปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบเพื่อเสริมสร้างความหยุ่นตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมจัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ แบบองค์รวม ร่วมกับทฤษฎีความหยุ่นตัวของเดวิส (Davis, 1999) ที่เน้นกระบวนการเสริมสร้างความหยุ่นตัวของบุคคล 6 ประการ คือ ความสามารถด้านร่างกาย ความสามารถด้านการสื่อสาร ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านกรู๊ตคิด และความสามารถด้านจิตวิญญาณ มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม และวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญกับบทบาทผู้ดูแล

ความหยุ่นตัวในการศึกษารุ่นนี้ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมเมื่อมีปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งทักษะในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญของโปรแกรมหุ่นดังนี้

- 1) ผู้ร่วมกลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก พยาบาล หรือบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง
- 2) ลักษณะของกิจกรรม เป็นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพ (พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง) โดยทำกิจกรรมผ่านการแสดงบทบาทสมมติ (role play) การให้ข้อมูล (information) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (sharing experience) กรณีศึกษา (case study) ให้การบ้าน (homework assignment)
- 3) เนื้อหาของกิจกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกรู้สึก และพฤติกรรม

4. โครงสร้างโปรแกรม โปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการเปลี่ยนวิธีคิด

กิจกรรมที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 6 ทักษะการจัดการกับความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 7 การปฏิบัติตามหลักคำสอนศาสนา

กิจกรรมที่ 8 สิ้นสุดการให้คำปรึกษา

5. การบริหารจัดการ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ผู้ดูแลเข้าร่วม โปรแกรมครั้งละ 1 คนๆ ละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในวันศุกร์ และวันเสาร์ และติดตามผลหลังจากเข้าร่วม โปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ

6. ผู้ใช้โปรแกรม พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และเป็นผู้ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมครอบคลุมทุกกิจกรรม

7. การประเมินผล ผู้ดูแลที่เข้าร่วม โปรแกรมจะถูกประเมินความหุนหันด้วยแบบวัดความหุนหันตัวผู้ดูแล (Caregiver Resilience Scale: CRS) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ครั้งที่ 1

**ชื่อกิจกรรม** การสร้างสัมพันธภาพ

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

**สถานที่** ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

**ระยะเวลา** 45 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม
2. เพื่อแนะนำโปรแกรมและขั้นตอนการทำกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงผลกระทบของการทำหน้าที่ผู้ดูแล และการเผชิญกับบทบาทผู้ดูแล

4. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลและผู้วิจัยในระหว่างการทำคำปรึกษา ระยะเวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษา
5. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

### สื่อ / อุปกรณ์

1. คู่มือสำหรับพยาบาลผู้ช่วยวิจัย “โปรแกรมให้คำปรึกษาพหุองค์ประกอบสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม”

2. ใบบางที่ 1 “ปัญหาและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม”  
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และกล่าวทักทายผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแนะนำตัว และกล่าวถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมโปรแกรม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

2. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ชี้แจงข้อตกลงในการทำกิจกรรมและกล่าวถึงความสำคัญของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม บรรยายภาพรวมของโปรแกรม และประเด็นในการทำกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ดูแลขณะให้คำปรึกษา ระยะเวลา สถานที่ในการให้คำปรึกษา

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็น “ ปัญหา ผลกระทบ ความรู้สึก ความเชื่อ ขณະดูแลผู้สูงอายุ อะไรที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล และแนวทางการจัดการปัญหาอุปสรรค “ โดยใช้ประเด็นหัวข้อดังต่อไปนี้เป็นแนวทางในการอภิปราย (ตามใบบางที่ 1)

- ปัญหาการดูแลตนเองหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพอนามัย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

- การสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุในวัฒนธรรมไทยที่เน้นให้พูดจาอ่อนน้อม และเคารพในผู้สูงวัยกว่า

- การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมขณະดูแลผู้สูงอายุที่สังคมไทยคาดหวัง

- การดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานยา

- การจัดการ แก้ไขปัญหาเมื่อผู้สูงอายุมีความผิดปกติของอารมณ์ และพฤติกรรม

- การนำหลักคำสอนของศาสนามาการปฏิบัติขณະดูแลผู้สูงอายุ



4. ผู้วิจัยกล่าวสรุป และพร้อมกันให้ความมั่นใจว่าพร้อมที่จะสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และมีความตั้งใจเต็มใจที่จะให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการยอมรับ และไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล

5. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปประเมินผล และสาระที่ได้จากกิจกรรมการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่การประเมินการฝึกกิจกรรม การ ซักถามปัญหา การประเมินความรู้ ความเข้าใจ

2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำ กิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ใบงานที่ 1 ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของ  
ฉันขณะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนปัญหาในการดำเนินชีวิตของท่าน ในประเด็นต่อไปนี้

ประเด็นปัญหา	ปัญหาในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของ ท่าน (ผู้ดูแล)	ผลกระทบต่อท่าน (ผู้ดูแล)	แนวทางการจัดการ ปัญหา
การดูแลตนเอง			
กิจกรรมทางสังคม			
การสื่อสาร สัมพันธ์ภาพกับ ผู้สูงอายุ			
การแสดงออกทาง อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม			

การดูแลผู้สูงอายุด้าน สุขอนามัย			
การดูแลผู้สูงอายุด้าน อารมณ์ พฤติกรรม			

## ครั้งที่ 2

ชื่อกิจกรรม การดูแลตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

สถานที่ ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การดูแลสุขอนามัย ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน

2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ และทักษะ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่บ้าน

สื่อ / อุปกรณ์

ใบความรู้ที่ 1 ปัญหาและผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และแนวทางในการจัดการกับปัญหา

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาด้วยสีหน้า และท่าทางยิ้มแย้ม เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้

ขั้นให้ความรู้ด้านสุขภาพกายสำหรับผู้ดูแล

1. ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงปัญหา ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล และแนวทางการจัดการกับปัญหา ซึ่งผู้วิจัยและผู้ดูแลได้ร่วมกันสรุปจากใบงานที่ 1 การให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 1

2. ผู้วิจัยให้ความรู้การดูแลสุขภาพกาย ด้วยตนเองสำหรับผู้ดูแล และให้ใบความรู้ที่ 1 ปัญหาและผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และแนวทางในการดูแลสุขภาพกายขณะให้การดูแลผู้สูงอายุ

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และบอกให้ผู้วิจัยฟังว่าผู้ดูแลจะนำสิ่งที่ได้จากการรับคำปรึกษาครั้งนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร

2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปถึงแนวทางการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่การประเมินการฝึกกิจกรรม การซักถาม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประเมินความรู้ ความเข้าใจ

2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ใบความรู้ที่ 1 ปัญหาและผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และแนวทางในการดูแลสุขภาพกายขณะให้การดูแลผู้สูงอายุ

### ปัญหาและผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแล มีบทบาทในการบำบัดรักษาเนื่องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีบทบาทในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังนี้คือ

1. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม เนื่องต้องดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลอาจพักผ่อนไม่เพียงพอ วิตกกังวล เครียดในบางครั้งจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ด้านสังคมผู้ดูแลรู้สึกว่าเวลาร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนลดน้อยลง หรือไม่ได้เข้าร่วม จนตัดขาดจากสังคมในที่สุด
2. ด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกเศร้าใจ เสียใจ อับอายจากพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ และอาจรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เนื่องจากความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น
3. ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นสำหรับค่ารักษา และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในการคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวลดลงเนื่องจากต้องใช้เวลาในการผลิตเปลี่ยนมาดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะทางสังคมที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการดูแลสุขภาพกายของตนเองดังนี้คือ

#### การดูแลสุขภาพกายสำหรับผู้ดูแล

1. อาหารสำหรับผู้ดูแลสุขภาพ ทุกครั้งที่เรารับประทานอาหารจะมีผลดีต่อสุขภาพ หรือผลร้ายต่อสุขภาพ ขึ้นกับชนิดของอาหารที่เรารับประทาน วิธีปรุง และปริมาณที่รับประทาน

#### อาหารที่ควรรับประทาน

1. เลือกรับประทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ ข้าวไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืช ถั่ว ถั่วฝักและผลไม้ไม่หวาน นมจืดไขมันต่ำ ถั่ว งา ลูกเดือย
2. ควรรับประทานผักสด หรือผลไม้ไม่หวาน เพราะความสดจากผลไม้และผักมีวิตามินต่างๆ มากมายที่ให้ประโยชน์ต่อร่างกายและป้องกันท้องผูก
3. รับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา มากกว่ารับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ควรเกิน 200 กรัม (2 ชีด) ต่อวัน

4. ดื่มน้ำเปล่าให้ได้วันละ 8 – 10 แก้ว (2 ลิตร) แต่ไม่ควรเกินกว่า 15 แก้ว (3 ลิตร) ถ้าจะดื่มน้ำสมุนไพร น้ำผลไม้ ควรเลือกชนิดที่ไม่ใส่น้ำตาล

#### อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

1. งด หรือลดรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ของหมักดอง อาหารกระป๋อง ผงชูรส ผงฟู เกลือ ซีอิ๊ว
  2. งด หรือลดการรับประทานอาหารพวกไขมันสูง เช่น ไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ติดมัน อาหารทอด แกงกะทิ เพราะอาหารพวกนี้ย่อยยาก ทำให้ท้องอืด แน่นท้อง และทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง
  3. เลิกสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ยาอง
  4. งด หรือลดการรับประทานอาหาร หรือผลไม้ที่หวานมาก เพราะการบริโภคน้ำตาลในปริมาณมาก อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ทำได้หลายวิธีและให้ผลดีต่อร่างกายแตกต่างกัน ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายความพร้อมของสถานที่ เวลา และกลุ่มเพื่อน เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การเดินแอโรบิก การทำสมาธิเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน แอโรบิก อย่างน้อยครั้งละ 30 – 60 นาที สัปดาห์ละ 3 – 5 วัน นอกจากทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังเป็นวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดี
3. เข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตรวจเช็คความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติและควรมีสมาถะบันที่สุขภาพ
  4. ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนอย่างจริงจัง และตั้งเป้าเป้าหมายให้รอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ในผู้ชาย หรือน้อยกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง
  5. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง ผู้ดูแลอาจหาคนมาผลัดเปลี่ยน หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ ผู้ดูแลควรจัดหาเวลาและกิจกรรมในการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ หรืออาจทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุได้ เช่น การดูโทรทัศน์ด้วยกัน การปลูกต้นไม้ หรือผู้ดูแลอาจหาคนมาสับเปลี่ยนเพื่อไปพักผ่อน

## ครั้งที่ 3

**ชื่อกิจกรรม** ทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

**สถานที่** ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

**ระยะเวลา** 1 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสื่อสารโดยใช้ภาษากาย และการสื่อสารโดยใช้คำพูด
2. ผู้ดูแลสามารถนำทักษะการสื่อสารไปใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ

**สื่อ / อุปกรณ์**

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 3

**ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม**

**ขั้นเริ่มต้น**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยสีหน้า และท่าทางยิ้มแย้ม เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนการดูแลสุขภาพกายที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

1. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้

**ขั้นพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ**

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่า จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลประสบปัญหาด้านการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันบ่อยครั้งแค่ไหน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่ารายละเอียดของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้วิจัยฟัง
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องจากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของผู้สูงอายุ (ใบความรู้ที่ 2)
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุ ขณะกำลังสื่อสาร (ใบความรู้ที่ 2)

**ขั้นสรุป**

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปในสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และนำผลการปฏิบัติกลับมาพูดคุยในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งต่อไป
3. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การประเมินการฝึกกิจกรรม ความถูกต้องการฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีปฏิบัติการใช้ทักษะการสื่อสาร
2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะ

### ใบความรู้ที่ 2 ทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

ในการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมนั้น ผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมจะมีปัญหาในด้านความคิด ความจำ และการสื่อสารกับบุคคลอื่น และจะมีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาและความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้ดูแลต้องเข้าใจท่าทาง และคำพูดที่ผู้สูงอายุแสดงออกมา และผู้ดูแลต้องแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดี iva ว้าวางใจผู้ดูแล และผู้ดูแลสามารถตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้มีความสุขในการอยู่ร่วมกัน

#### วิธีการสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุก่อนที่จะสื่อสาร

1. ให้ผู้ดูแลสังเกตว่าผู้สูงอายุขณะนั้นกำลังทำอะไร สังเกตปัจจัยแวดล้อม เช่น สิ่งของ
2. สังเกตคำพูด และท่าทางที่ผู้สูงอายุแสดงออกมาในขณะที่อยู่กับเหตุการณ์นั้น
3. ผู้ดูแลพิจารณาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับท่าทาง คำพูดที่ผู้สูงอายุแสดงออก และพยายามแปลความหมาย ทำความเข้าใจว่าผู้สูงอายุรู้สึก หรือต้องการอะไร
4. ผู้ดูแลแสดงท่าทางและพูดในสิ่งที่เข้าใจจากการพิจารณาในข้อ 3 สะท้อนกลับไปยังผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

#### วิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุ

1. สบตา มองหน้า ตั้งใจฟัง จับอารมณ์

2. พูดซ้ำๆ ให้สั้นกระชับ ได้ใจความ พูดทีละเรื่อง ไม่เร่งรีบ อดทน
3. ใช้ภาษากาย ใช้มือ ทำทางประกอบ หรือใช้เครื่องมือช่วย
4. ไม่วิจารณ์ หรือต่อว่า พูดคุยเรื่องราวในอดีต ให้จดบันทึก
5. เคารพความหมาย

การพูดกับผู้ป่วยใช้ถ้อยคำง่ายๆ พูดซ้ำและในเวลากับผู้ป่วยในการปฏิบัติตาม ผู้ดูแลควรมีท่าทีสงบ นุ่มนวล ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิดหรือเหนื่อยล้า ชมเชยเมื่อผู้สูงอายุทำสำเร็จ

#### สิ่งที่ผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติขณะสื่อสารกับผู้สูงอายุ

1. พูดขัดจังหวะขณะที่ผู้สูงอายุพูดยังไม่จบ
2. ไม่มองหน้าผู้สูงอายุ หรือหันไปมองที่อื่นขณะที่พูดกับผู้สูงอายุ
3. พูดเรื่องอื่นๆ ขึ้นมาแทนเรื่องที่ผู้สูงอายุพูดโต้แย้งด้วยอารมณ์ที่รุนแรง
4. แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย เสียใจ



## ครั้งที่ 4

**ชื่อกิจกรรม** เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการเปลี่ยนวิธีคิด

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

**สถานที่** ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

**ระยะเวลา** 1 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการเปลี่ยนวิธีคิด
2. ผู้ดูแลสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการเปลี่ยนวิธีคิดไปใช้เพื่อผ่อนคลาย ความเครียด

ความวิตกกังวล และยับยั้งความโกรธ

**สื่อ / อุปกรณ์**

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 4

**ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม**

**ขั้นเริ่มต้น**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยสีหน้า และท่าทางยิ้มแย้ม เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนทักษะการสื่อสารที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 3
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้

**ขั้นให้ความรู้ทักษะการควบคุมอารมณ์**

1. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ผู้ดูแลประสบกับเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด วิตกกังวล โกรธ เบื่อหน่าย และให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกมาในขณะนั้นให้ผู้วิจัยดู รวมถึงให้ผู้ดูแลเล่าว่าผลที่ตามมาในตอนนั้นเป็นอย่างไร
2. ผู้วิจัย และผู้ดูแลสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยการเปลี่ยนวิธีคิด ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 4) และให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติ

**ขั้นสรุป**

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมร่วมกันสรุปเกี่ยวกับทักษะการควบคุมอารมณ์ ที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถยับยั้งการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อรู้สึกโกรธ เครียด วิตกกังวล และเมื่อหน้าผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
3. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วม โปรแกรม ได้แก่การประเมินการฝึกกิจกรรม ความถูกต้อง การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีปฏิบัติการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย
2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะ

เอกสารประกอบการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 ทักษะการผ่อนคลายด้วย 5 วิธีคิด

การแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นการโต้เถียง คำตำหนิ ต่อต้าน ทบตี ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีอาการ และพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี จะทำให้อารมณ์ และพฤติกรรมผู้สูงอายุลดความรุนแรงลงด้วยเช่นกัน ทำให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติ ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านได้นานขึ้น

*เทคนิคการปรับความคิดกับ 5 วิธีคิดง่ายๆ เพื่อผ่อนคลายความเครียด*

1. อย่าเสียเวลากับเรื่องไม่ดีที่ผ่านไปแล้ว บางอย่างเกิดขึ้นแล้วเราไม่สามารถจัดการ แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงได้ เหตุการณ์ต่างๆ หรือคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่ดีในอดีตเป็นปมติดค้างในใจหลายคน และทุกครั้งไม่ให้ก้าวต่อไปได้อย่างเต็มที่ การเลือกที่จะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ที่จะอยู่

ร่วมกับสิ่งนั้นน่าจะเป็นสิ่งที่เหมาะสมกว่า พุดระบายความเครียด เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้สึก กลุ่มใจเกี่ยวกับอาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกับคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือกับบุคคลที่ตนไว้วางใจ ซึ่งอาจทำให้ได้รับมุมมองใหม่ๆ จากบุคคลดังกล่าว

2. ความยุติธรรมและเท่าเทียม 100% ไม่มีจริงหรือก ขอมรับให้ได้และอย่านำตัวเองไปเปรียบเทียบกับใคร เปลี่ยนวิธีคิดที่ว่าเราถูกตัดสินโดยบุคคลในครอบครัวให้ทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นการไม่ยุติธรรม ให้คิดว่าเราเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม และได้ทำหน้าที่ตอบแทนบุญคุณ และเป็นความกตัญญูที่ยิ่งใหญ่ที่ได้ทำหน้าที่นี้ ยึดหยุ่นอย่ายึดความถูกต้องอยู่ตลอดเวลา การที่จะผิดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุบ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ

3. ไม่จำเป็นต้องชนะหรือเก่งทุกอย่าง การคิดแบบนี้จะสร้างความกดดันให้กับชีวิต และทำให้เราห่างไกลจากสภาวะผ่อนคลายในระหว่างใช้ชีวิตในแต่ละวัน วิธีคิดที่ปล่อยวางความคาดหวังบางอย่างออกไปบ้างอาจทำให้เรารู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ทำใจที่จะยอมรับสิ่งที่ตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ขอมรับอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ ลดความคาดหวังว่าผู้สูงอายุต้องหายเป็นปกติ ปฏิบัติเรื่องต่างๆ ทีละเรื่อง

4. ไม่มีใครมีสิทธิทำให้คุณเป็นทุกข์ได้ คิดว่า “ชีวิตของเรา เราเป็นผู้กำหนด” “ทุกปัญหามีทางออกเสมอ” “ในทุกวิกฤติย่อมมีโอกาสเสมอ” การรับรู้ปัญหาและวิธีคิดในการจัดการปัญหาแบบเชิงรุก เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและไม่ปล่อยยให้สิ่งแวดล้อมกำหนดชีวิตคุณทั้งหมด จะทำให้คุณมีความเครียดน้อยลงไปได้มาก เริ่มต้นด้วยการยอมรับสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ และพยายามที่จะประเมินสภาวะส่วนบุคคล เช่น ขอมรับว่าตนเองอารมณ์ไม่ดี

5. คิดว่า “เวลา” คือผู้เยียวยาทุกสิ่ง เวลาที่ผ่านไปนำสิ่งใหม่ๆ ผ่านเข้ามาในชีวิตอยู่ตลอดทุกเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับเราไม่ว่าจะดีหรือร้ายแค่ไหน สุดท้ายก็ต้องผ่านไป วิธีคิดแบบนี้จะสร้างกำลังใจให้กับเราได้ในวันที่เรากำลังเผชิญกับสถานการณ์อันเลวร้าย ว่าไม่นานคงจะผ่านพ้นไปและมีสิ่งดีๆ ใหม่ๆ เข้ามาบ้าง ยึดหยุ่นอย่ายึดความถูกต้องอยู่ตลอดเวลา การที่จะผิดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ บ้างเป็นบางครั้งเป็นเรื่องปกติ

#### สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเทคนิคการควบคุมอารมณ์

สถานการณ์ที่ 1 ผู้สูงอายุชอบเดินออกไปนอกบ้าน หลายครั้งแล้ว แต่โชคที่หาเจอ ห้ามไม่ฟัง โกรธ โมโหมากอยากจับขัง

ถ้าผู้ดูแลอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะอย่างไรเพื่อไม่แสดงความโกรธกับผู้สูงอายุ

**สถานการณ์ที่ 2** ผู้สูงอายุหิบบของ แล้ววางไม่เป็นที่หาไม่เจอ วุ่นวายต้องช่วยกันหาทั้งบ้าน ว่าเท่าไรก็ไม่พียง บางครั้งยังทำร้ายผู้ดูแลทำให้รู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย

ถ้าผู้ดูแลอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะอย่างไรเพื่อไม่แสดงความโกรธ ความเบื่อน่าให้ผู้สูงอายุเห็น

### ครั้งที่ 5

**ชื่อกิจกรรม** การดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมด้านร่างกาย

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

**สถานที่** ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

**ระยะเวลา** 1 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์**

1. ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการบริหารยา

**สื่อ / อุปกรณ์** คู่มือการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

**ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม**

ในการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุ่่นตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

**ขั้นเริ่มต้น**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยสีหน้า และท่าทางยิ้มแย้ม เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลให้นั่งในท่าที่สบาย

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนทักษะการควบคุมอารมณ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 4 ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการนำเทคนิคการควบคุมอารมณ์ ที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 ไปใช้ในชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ และร่วมกันแก้ไขถ้าพบว่ายังมีปัญหาในการปฏิบัติ

3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้

**ขั้นให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม**

1. กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (Specifying your target behavior) โดยผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ทำอะไรให้แก่ผู้ป่วยบ้าง

2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย (Gathering baseline data) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และวิธีการบริหารยา โดยมีรายละเอียดใน

เอกสารคู่มือการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม และถามผู้ดูแลว่ายังมีบทบาทไหนบ้างที่ผู้ดูแลยังไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเป้าหมายที่จะต้องปรับเปลี่ยน

3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิธีการปฏิบัติในปัจจุบันขณะดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าจะดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลได้ครบทุกด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้หรือไม่

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลสรุปในสิ่งที่ได้สนทนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วม โปรแกรม ได้แก่การประเมินการฝึกกิจกรรม ความถูกต้องการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย
2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 6 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะ

### ครั้งที่ 6

ชื่อกิจกรรม ทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

สถานที่ ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ช่มชู้ทำร้าย พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น หรือผู้ดูแล
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น

3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ  
ขณะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม

**สื่อ / อุปกรณ์** เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

**ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม**

ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหุน่ตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมอง  
เสื่อม ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

**ขั้นเริ่มต้น**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยสีหน้า และท่าทางยิ้มแย้ม เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและ  
ไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 4  
ผู้วิจัยถามผู้ดูแลถึงการนำเทคนิคการควบคุมอารมณ์ ที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 5 ไปใช้ใน  
ชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่ และร่วมกันแก้ไขถ้าพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติ
3. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งนี้

**ขั้นฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ**

1. ผู้วิจัยประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ และพฤติกรรมใน  
ผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการพฤติกรรม และอารมณ์ที่แสดงออกมาในผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม
3. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าในการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ผู้ดูแลประสบปัญหาเกี่ยวกับการที่ผู้สูงอายุมี  
ปัญหาด้านพฤติกรรม และอารมณ์บ้างหรือไม่ ผู้ดูแลได้แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร และได้ผลอย่างไร
4. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย และสนับสนุน ในกรณีที่ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความผิดปกติด้านอารมณ์  
และพฤติกรรมในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ และ  
เทคนิควิธีการจัดการกับความผิดปกติด้านอารมณ์ และพฤติกรรมในผู้สูงอายุในรายที่ผู้ดูแลไม่  
สามารถจัดการกับปัญหาความผิดปกติด้านอารมณ์ และพฤติกรรม หรือให้การจัดการไม่เหมาะสม  
ไม่ถูกต้อง (เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 5)

**ขั้นสรุป**

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมซักถามอาการเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปถึงความสามารถของผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหามื่อผู้สูงอายุมี  
พฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น มีความคิดหลงผิด และมีอาการ  
กำเริบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำข้อมูล และการฝึกปฏิบัติที่ได้  
จากการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่การประเมินการฝึกกิจกรรม ความถูกต้อง การฝึกปฏิบัติ เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ความคิดหลงผิด และมีอาการกำเริบ
2. ความถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ การแก้ไขปัญหาเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น มีความคิดหลงผิด และมีอาการกำเริบ
2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 7 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะ

เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งที่ 5 ทักษะการจัดการกับอารมณ์  
และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

แนวทางปฏิบัติ และเทคนิควิธีการจัดการกับความผิดปกติด้านอารมณ์ และพฤติกรรมในผู้สูงอายุ

1. เริ่มต้นจากให้ผู้ดูแลสังเกตถึงกระตุ้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรม หรืออารมณ์นั้นๆออกมา รวมถึงสภาพแวดล้อม ความคิด ความรู้สึก ที่แวดล้อมผู้สูงอายุในขณะนั้น
  2. พฤติกรรม หรืออารมณ์ที่ผู้สูงอายุแสดงออกมามีให้เห็นได้ วัดได้มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่สังเกตเห็นหรือไม่
  3. ผลที่ตามมาหลังจากแสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางบวก หรือทางลบ
- แนวทางปฏิบัติ และเทคนิควิธีการจัดการเมื่อผู้สูงอายุมีอารมณ์ โกรธ ก้าวร้าว โดยผู้ดูแลควรใช้แนวทางการปฏิบัติดังนี้
- 1) รับฟัง ทำความเข้าใจและรับรู้อารมณ์ของผู้สูงอายุ
    - 1) ผู้ดูแลตั้งสติ
    - 2) ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดเสียงรบกวน เช่น ปิดทีวี ปิดวิทยุ

- 3) ผู้ดูแลให้การยอมรับผู้สูงอายุที่กำลังโกรธอย่างรุนแรง ไม่ว่าจะผู้สูงอายุจะถูก หรือผิด หรือยอมรับความรู้สึกของผู้สูงอายุโดยไม่มี การตัดสิน
- 4) ผู้ดูแลรับฟังความไม่พอใจของผู้สูงอายุโดยปราศจากการโต้ตอบ
- 5) ผู้ดูแลอธิบายความรู้สึกของตนเอง ด้วยการ ใช้คำพูด สื่อถึงความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้สูงอายุ ไม่ใช้คำพูดที่แสดงออกถึงความห่าเหว หรือไม่สุภาพ
- 6) ผู้ดูแลใช้การสื่อสารโดยการสบตา สัมผัส และเป็นการปลอบโยน
- 7) เมื่อพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษา

**แนวทางปฏิบัติ และเทคนิควิธีการจัดการเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น หรือผู้ดูแล ตะโกนด่า ว่า ข่มขู่ทำร้าย หวิดร้อง สบประมาท โดยผู้ดูแลควรใช้แนวทางการปฏิบัติดังนี้**

- 1) ผู้ดูแลเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกมา ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม
- 2) ผู้ดูแลไม่แสดงท่าทางโกรธ หัวเราะขบขัน ล้อเลียน
- 3) ผู้ดูแลจัดเก็บอุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้านที่ผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายผู้อื่น หรือผู้ดูแล
- 4) ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุ ก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรม ตะโกนด่าว่า พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น หรือผู้ดูแล มองดูด้วยความสงบ สังเกตสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ ปัจจัยกระตุ้น
- 5) ผู้ดูแลควรพูดคุยกับผู้สูงอายุขณะที่อาการสงบ หรือขณะที่พฤติกรรมลดความรุนแรงลง
- 6) ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาล

**แนวทางปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน**

ปรับสถานที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย เก็บสิ่งของอันตราย ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง แสงสว่างเหมาะสม หน้าต่าง / ประตูที่ยากต่อการเปิด ไฟฟ้า/แก๊ส/น้ำร้อน ของชิ้นเล็ก ๆ อาจเอาเข้าปากแล้ว ล้าถัก ระวังไฟไหม้ ปลั๊กไฟ

**สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว**

เมื่อผู้สูงอายุมีอาการรุนแรง โกรธ ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ทำร้าย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไรต่อผู้สูงอายุ

**สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม**

ผู้สูงอายุทำลายข้าวของ ปัสสาวะในที่สาธารณะ หวิดร้อง หรือพูดจาตะลอมถูกเนื้อต้องตัวผู้ดูแลหญิง จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

**สถานการณ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีความคิดหลงผิด**



ผู้สูงอายุคิดว่ามีคนมาขโมยของ คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน พุดกับตัวเองหน้ากระจก เพราะคิดว่าเป็นอีกคน จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

#### สถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

ผู้สูงอายุพูดว่าคู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นปลอมตัวมา คู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

#### สถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีอาการประสาทหลอน

ผู้สูงอายุบอกผู้ดูแลว่า รู้สึกว่ามีคนมาขโมยของ คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

#### สถานการณ์ที่ใช้ฝึกปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีอาการกำเริบ

ผู้สูงอายุนอนหลับได้ปกติทุกคืน แต่อาทิตย์นี้ทั้งอาทิตย์ไม่ยอมนอน เดินไปเดินมาในบ้าน และพยายามเปิดประตูหนีออกจากบ้าน จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไร

#### ทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ขณะมีความคิดปกติทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม

1. การสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ เป็นคำพูดที่เป็นการเจรจาต่อรอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น “แม่พอจะบอกได้ไหมว่า เพราะอะไรแม่จึงคิดทำร้ายคนอื่น”
2. กรณีที่ผู้สูงอายุพูดคำหยาบ หรือสาปแช่ง “ลูกรักแม่ และอยากให้แม่พูดเพราะๆ เหมือนเมื่อก่อน “ฉันรักเธอนะ อยากให้เธอพูดเพราะ พูดหวาน เหมือนเมื่อก่อน” “ ในบ้านที่เราอยู่นั้นมีใครอยู่บ้าง พร้อมทั้งพูดชื่อสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน” ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย รับรู้สิ่งที่มีอยู่จริง ปลอดภัยให้ผู้สูงอายุสงบลง พยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปหาสิ่งอื่นแทน
3. ผู้ดูแลควรตอบสนองต่อผู้สูงอายุด้วยวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น การเอากระจกออกจากห้องนอน หรือ ไม่แขวนกระจกตรงบริเวณที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ง่าย
4. ถ้าผู้สูงอายุมีอาการประสาทหลอนร่วมกับความคิดหลงผิด ผู้ดูแลไม่ควรตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ด้วยถ้อยคำรุนแรง แต่ผู้ดูแลควรสังเกตสิ่งที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการ และจัดการกับสิ่งที่เป็นสาเหตุนั้นๆ และควรพูดว่า “ในบ้านนี้มีใครอยู่บ้าง ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย และรู้จักเป็นอย่างดี พร้อมทั้งแนะนำตัว “

#### สัญญาณเตือนเมื่อผู้สูงอายุมีอาการกำเริบ

ในการเฝ้าระวังและป้องกันอาการกำเริบสำหรับผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ผู้ดูแลสามารถให้ความช่วยเหลือ ป้องกันอาการกำเริบของผู้สูงอายุ ด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน ซึ่ง

สัญญาณเตือนในผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันไป โดยสังเกตจากพฤติกรรม และสังเกต ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. สัญญาณเตือนที่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้สูงอายุประกอบด้วย

1.1 มีอาการหลงผิด เช่น คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน บางรายหลงผิดว่าคนอื่นปลอมตัวเป็นคน ที่ตนเองเคยรู้จัก คู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นปลอมตัวมา คู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน พุดกับตัวเอง หน้ากระຈกเพราะคิดว่าเป็นคนอีกคน บ้านที่อาศัยอยู่ไม่ใช่บ้านของตน

1.2 ไม่นอนในตอนกลางคืน นอนมากตอนกลางวัน

1.3 เดินไม่มีจุดหมาย พยายามหนีออกจากบ้าน

1.3 ทำร้ายผู้อื่น หรือผู้ดูแล

2. สัญญาณเตือนที่สังเกตได้จากสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล ประกอบด้วย

2.1 บ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผล การติดต่อสื่อสารลดลง วางเฉย

2.2 เรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนต้องการ

2.3 คื้อดึง และปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำ

2.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชอบลดลง

ครั้งที่ 7

ชื่อกิจกรรม การปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

สถานที่ ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยให้ผู้ดูแลนำศาสนาพุทธ มาใช้เป็นแนวปฏิบัติขณะดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

สื่อ / อุปกรณ์ เอกสารประกอบการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเริ่มต้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลให้นั่งในท่าที่สบาย

2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลประสบกับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมในเรื่องใดบ้าง และได้แนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม ที่ได้จากการให้คำปรึกษาในครั้งที่ 6 ไปปฏิบัติหรือไม่ และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติแก้ไขปัญหามือผู้สูงอายุมีอาการประสาทหลอน พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น และมีอาการกำเริบตามปกติ แก้ไขปัญหาเมื่อผู้สูงอายุมีอาการประสาทหลอน พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น และมีอาการกำเริบตามแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 6 และร่วมกันแก้ไขปัญหากลับว่ายังมีปัญหาในการปฏิบัติ

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครั้งนี้

### ขั้นสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

1. ผู้วิจัยประเมินความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลโดยการถามผู้ดูแลว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ อย่างไรจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม

2. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าเมื่อมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ ผู้ดูแลปฏิบัติอย่างไร มีการนำหลักศาสนา ความเชื่อ มาใช้บ้างหรือไม่

3. ผู้วิจัยถามผู้ดูแลว่าอะไรที่ทำให้คุณดูแลผู้สูงอายุได้จนทุกวันนี้

4. ผู้วิจัยสรุปความ และยืนยันเกี่ยวกับความคิดความเชื่อของผู้ดูแล

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อมซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกันว่าผู้ดูแลไม่ได้โดดเดี่ยวแต่ยังมีที่พึ่งทางศาสนา ความหวัง ความเชื่ออะไรบ้างที่ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะแสวงหาทางเลือกขอความช่วยเหลือ ยึดเหนี่ยวจิตใจ

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ประเมินผลจากกิจกรรมขณะเข้าร่วม โปรแกรม ได้แก่ การบอกวิธีปฏิบัติโดยใช้ศาสนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเสนอความคิด

2. ประเมินผลเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 8 เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะ

## ครั้งที่ 8

**ชื่อกิจกรรม** ยุติการให้คำปรึกษา  
**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาการสมองเสื่อม  
**สถานที่** ห้องกิจกรรมศูนย์แพทยศาสตรศึกษา  
**ระยะเวลา** 1 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาใน 7 ครั้งที่ผ่านมา และประโยชน์สำหรับการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
3. นัดติดตามผลหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 ครั้งเพื่อประเมินความหุ่่นตัวผู้ดูแล

**วิธีดำเนินการ**

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยสีหน้าท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวเชิญผู้ดูแลให้นั่งในท่าที่สบาย
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาใน 7 ครั้งที่ผ่านมา
3. ผู้วิจัยถามถึงความรู้สึของผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่ได้รับ
4. ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และใช้ในชีวิตประจำวันให้ต่อเนื่อง
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษาและแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในโอกาสต่อไป
7. ผู้วิจัยนัดผู้ดูแลมาพบในอีก 1 เดือนข้างหน้า โดยนัดวัน เวลา สถานที่ที่ชัดเจน

**การประเมินผล**

1. ขณะเข้าร่วมโปรแกรม การให้คำมั่นสัญญาที่จะมาพบผู้วิจัยอีกครั้งตามวัน เวลานั้น
2. หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ประเมินความหุ่่นตัวโดยใช้ CRS

## APPENDIX G: แบบบันทึกกิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม

## แบบบันทึกกิจกรรมขณะเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้วิจัย.....ผู้ดูแลหลัก.....

ผู้ช่วยวิจัย.....วันที่.....เวลา.....

ชื่อกิจกรรม.....

ครั้งที่.....

ความรู้ / ความเข้าใจ ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่

ถูกต้อง

ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

การฝึกทักษะการปฏิบัติ ( ) ถูกต้อง ( ) ไม่ถูกต้อง

ระบุ.....

.....

.....

.....

ยอมรับ และสามารถปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแล ( ) ยอมรับ ( ) ไม่

ยอมรับ

ระบุ.....

.....

.....

.....

ประโยชน์ที่ได้รับ.....

.....

.....

.....

.....

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (     )     เกิด     (     )     ไม่เกิด

ระบุ .....

.....

.....

.....

ปัญหา / อุปสรรค เมื่อนำไปปฏิบัติ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

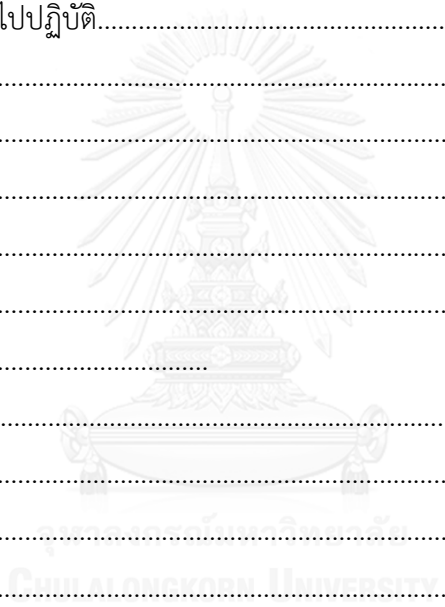
.....

.....

.....

.....

.....



### แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living)

การแปลผลคะแนน 0 – 4 คะแนน = พึ่งพาทั้งหมด, 5 – 8 คะแนน = พึ่งพามาก, 9 – 11 คะแนน = พึ่งพาปานกลาง, 12+ คะแนน = พึ่งพาน้อย

กิจกรรม					
<b>1. การรับประทานอาหาร</b> 0. ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องป้อนอาหารให้ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย (ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า) 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ					
<b>2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด</b> 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)					
<b>3. การใช้ห้องสุขา</b> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (ทำความสะอาดตัวเองหลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)					
<b>4. การอาบน้ำ</b> 0. มีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำได้เอง					

กิจกรรม					
<b>5. การสวมใส่เสื้อผ้า</b> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย 1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย					

2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุมรูตชิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)					
<b>6. การกลั่นการถ่ายอุจจาระ</b> 0. กลั่นไม่ได้ต้องการการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. กลั่นได้ปกติ					
<b>7. การกลั่นการถ่ายปัสสาวะ</b> 0. กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1. กลั่นปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2. กลั่นได้เป็นปกติ					
<b>8. การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้</b> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงนั่งได้					

กิจกรรม					
<b>8. การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ (ต่อ)</b> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (บอกให้ทำตามหรือพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย) 3. ทำได้เอง					
<b>9. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</b> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้					



1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้					
2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง					
<b>10. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น</b>					
0. ไม่สามารถทำได้					
1. ต้องการคนช่วย					
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วย เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)					
<b>รวมคะแนน</b>					



### Chula IADL Index

ขีดเครื่องหมาย  $\checkmark$  ในช่องที่เหมาะสมที่สุดกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เพียงข้อเดียว ถ้าผู้ป่วยไม่เคยทำกิจกรรมนั้นให้ประเมินว่าถ้าผู้ป่วยสามารถทำได้จะสามารถทำได้หรือไม่ มีทั้งหมด 5 กิจกรรม (คะแนนมากที่สุด = 9, คะแนนต่ำที่สุด = 0)

กิจกรรม					
<b>1. เดินหรือเคลื่อนที่ออกจากบ้าน</b>					
0. เดินไม่ได้					
1. ใช้รถเข็นและช่วยตนเองได้ หรือต้องการคนประคอง					
2. ข้าง					
2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด					
3. เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน)					
<b>2. ทำหรือเตรียมอาหาร / หุงข้าว</b>					
0. ทำไม่ได้					
1. ต้องการคนช่วยในการทำ					
2. ทำได้เอง					

3. ทำความสะอาดภูบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า 0. ทำให้ได้ต้องมีคนช่วย 1. ทำได้เอง					
4. ทอนเงิน / แลกเงิน 0. ทำให้ไม่ได้ต้องมีคนช่วย 1. ทำได้เอง					

กิจกรรม					
5. ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย 2. ไปมาได้เอง					
รวม					

#### หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. สอบถามถึงการปฏิบัติในระยะ 1 – 2 สัปดาห์
3. เป็นการวัดระดับ independence ถ้าหากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม

#### การแปลผลคะแนน

- 0 – 2 คะแนน ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง
- 3 -5 คะแนน สามารถทำกิจกรรมได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย
- 6 –8 คะแนน สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง
- 9 คะแนน สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมด

แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002\*

Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, และ 10

1. Orientation for time ( 5 คะแนน )                      บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

.....

1.2 วันนี้วันอะไร

.....

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร

.....

1.4 ปีนี้ปีอะไร

.....

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

.....

2. Orientation for place ( 5 คะแนน ) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ ชื่อว่าอะไร .....

2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....

2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร .....

2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....

2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร .....
- 
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร .....
- 
- 2.2.3 ที่นี้อำเภอเขต / อะไร .....
- 
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....
- 

### 3. Registration (3คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉันจำบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา , ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา,ยาย....) **พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ** แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ

\* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

( ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน )

- ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....
- 

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....
- 

### 4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา .....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา , ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา , ยาย....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนุ-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ(ตา,ยาย....)สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ ..... ..

ว            ำ            น            ะ            ม

#### 5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” ( ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน )

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ    .....   

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้             ทะเล     รถยนต์    .....

#### 6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....   

6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....   

#### 7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใครขายไก่ไข” .....   

#### 8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา , ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....”(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา     พับครึ่ง     วางไว้ที่”(พื้น,โต๊ะ,เตียง) .....   

#### 9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา , ยาย....) อ่าน

แล้วทำตาม (ตา , ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้”  หลับตาได้.....

10. Writing (1 คะแนน)

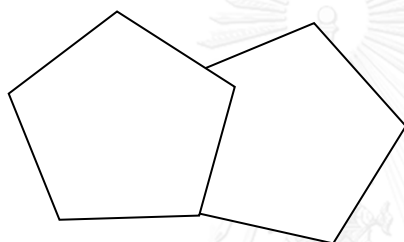
ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา , ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ตามที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค” .....

ประโยคมีความหมาย .....

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง) .....



คะแนนเต็ม 30

คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	$\leq 17$	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่า ประถมศึกษา	$\leq 22$	30

จัดทำโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ขอ  
เอกสารและรายละเอียดเพิ่มเติมที่ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
โทร 0-2591-8277



## VITA

I was received Bachelor of Nursing in 1989 from Boromrachasholni Nursing College Suratthani and Master of Nursing Sciences from Prince of Songkla University in 2006. I was award to conduct the doctoral dissertation from The Ratchadaphiseksomphot Endowment Fund of Chulalongkorn University. I was the Associated Editor and Editorial Board Journal of Medical and Public Health Regional 11. I am a Register Nurse at Suratthani Hospital, Srivichai Road, Muang, Suratthani, 84130. E-mail: thidajit.m@gmail.com

### List of Publication and Proceedings;

Pulperm, P., Tehopakarn, N. and Maneewat, T. (2012). Self - Empowerment Program Development for Nursing Supervisors, Suratthani Hospital. Journal of nursing association of Thailand North-Eastern Devision 30(3) July-September.

Maneewat, T., Lertmaharit, S., and Tangwongchai, S. (2014, 7-8 Nov). Development of Multi-component Counseling Program for Enhancing Resilience in Caregivers of Older Person with Dementia. Paper presented at 2014 Aging and Society Fourth Interdisciplinary Conference, Manchester Conference Center, Manchester, UK.



