



รายงานเบื้องต้น : ประสบการณ์ปัญหา และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

นันทพร ศรีน้อม, พย.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงปัญหา และการเผชิญปัญหาตามการรับรู้ของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

วัสดุและวิธีการ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 ราย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านมากกว่า 3 เดือน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผล ปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้ ประเด็นแรกคือ ปัญหาและผลกระทบจากการดูแล มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโรคของผู้ป่วย เศรษฐกิจและสังคม และด้านผู้ดูแล ประเด็นที่สองคือ การเผชิญปัญหา มี 5 กลวิธี ได้แก่ การจัดการกับอาการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย การทำใจ ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต และการจัดการในเรื่องความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน ประเด็นที่สาม คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา มี 4 ด้าน คือ ด้านผู้ดูแล ผู้ป่วย วัฒนธรรม สังคมและความเชื่อ และด้านระบบบริการสุขภาพ ประเด็นสุดท้ายคือ ความต้องการของผู้ดูแล จำแนกได้ 3 ด้าน คือ ด้านบริการสุขภาพ ด้านความเกื้อกูลและความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และด้านสถานบริการที่รับเลี้ยงดูแลผู้ป่วย

สรุป การประเมินอย่างครอบคลุมถึงปัญหาและผลกระทบ กลวิธีในการเผชิญปัญหา ตลอดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการของผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การเผชิญปัญหา ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อม



Preliminary report: Problems and coping experience of caregivers who provided care for dementia patients at home

Nantaporn Srinim, M.Ns.

Abstract

Objective This phenomenological study is to describe and explain problems and coping experience of caregivers who provided care for dementia patients at home.

Materials and methods Eleven caregivers of dementia patients who provide care more than 3 months were recruited by purposive sampling. Data were collected using in depth interview, non-participant observation, tape-recording and note-taking. The data were analyzed by using qualitative method.

Results The problems of caring was classified into 3 themes: 1) attitude towards disease, and knowledge and skill of caregivers for caring, 2) socio-economic trouble, and 3) physical and mental health of caregivers and daily activities such as working. There were 5 themes of coping strategies: 1) managing symptoms and unwanted behaviors, 2) acceptance and taking care of their personal health, 3) adjusting their life, 4) managing for the safety of their life and property. There were 4 related factors: 1) the caregivers, 2) the patients, 3) the social culture and beliefs, 4) the health service system. The needs of the caregivers were classified into 3 themes: 1) support of health service, 2) support of family members, and 3) care center that can accommodate the patients to care for.

Conclusion Assessment of caregivers covering problems, impacts, coping behaviors and strategies is important to be used to guide care planning and promoting coping ability of the caregivers who care for the dementia sick family members.

Key words : caregivers, coping, dementia

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นสภาวะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมักพบโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และความชุกจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวในทุกๆ อายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีความชุกของภาวะสมองเสื่อม 229,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน ในอีก 20 ปีข้างหน้า¹ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีภาวะบกพร่องอย่างเด่นชัดตามระยะเวลา และความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป² ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำ โดยจะมีอาการหลงลืม ทำอะไรซ้ำๆ ซากๆ จำเวลา สถานที่ หรือบุคคลไม่ได้ จำลูกหลานหรือญาติใกล้ชิดไม่ได้ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ บอกชื่อสิ่งของต่างๆ ไม่ได้ สูญเสียทักษะในชีวิตที่เคยมี ขาดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน³ ซึ่งอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การงานสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล⁴ ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอนและภาวะอารมณ์แปรปรวน และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง^{4,5} ส่งผลให้ภาระการดูแลทั้งหมดต้องตกเป็นของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งผู้ป่วยกลายเป็นคนที่ต้องนอนติดเตียง พูดไม่รู้เรื่อง ฟังไม่รู้เรื่อง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย^{1,2} ก่อให้เกิดความเครียด และความกดดันในจิตใจเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข ก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ

ในการดูแล รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย การวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม⁵⁻¹² ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณ ทำให้ทราบถึงระดับความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และทราบถึงความต้องการของผู้ดูแล ส่วนการศึกษาของคณิตศร ศิราณี และโกมาต¹³ เรื่องการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย : กรณีศึกษาผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่สนใจศึกษาสถานการณ์การให้การดูแล ปัญหาของผู้ดูแล และการรับรู้ภาระของผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้ไม่ได้เน้นการศึกษาเจาะลึกถึงการเผชิญปัญหาโดยตรงที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาซ้ำในส่วนของประสบการณ์ที่เป็นปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาลึกซึ้งถึงการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ตลอดจนได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย แต่ไม่ใช้เป็นกรอบในการควบคุมผลการวิจัย ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาในขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้ในการวางแผนการให้คำปรึกษากับผู้ให้การดูแลที่ตรงกับประเด็นปัญหา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 ราย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ให้การดูแลหลักที่บ้าน ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นภายในครอบครัว ไม่ได้มาจากการว่าจ้าง 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถถ่ายทอดข้อมูลและประสบการณ์ได้ และ 4) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในระดับ moderate จนถึง severe ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้ โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จากโรคทางกายในขณะที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล การได้มาของผู้ให้ข้อมูลมาจาก 2 วิธี คือ วิธีแรก ได้จากการค้นหาผู้ให้ข้อมูลภายในโรงพยาบาล วิธีที่สอง โดยบุคคลอื่นช่วยแนะนำผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งทั้งสองวิธีผู้ให้ข้อมูลสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ประมาณครั้งละ 45-60 นาทีต่อครั้ง และใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เทปสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดถูกถอดข้อความแบบคำต่อคำ และนำมาตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อพบว่าข้อมูลและเรื่องราวบางอย่างขาดความต่อเนื่อง ก็ต้องจดคำถามเพื่อติดตามสัมภาษณ์เพิ่มเติมข้อมูลในส่วนนั้นๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินต่อไป จนกระทั่งไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้ครอบคลุมเพียงพอและตอบคำถามการวิจัยได้เป็นอย่างดี เกิดการอิมพัลส์ของข้อมูลตามหลักเกณฑ์ของวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงยุติการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธี

กระบวนการวิจัยคุณภาพ นำผลที่ได้ไปทำการตรวจสอบข้อมูล และความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน ตรวจสอบให้ความคิดเห็น (peer debriefing) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่า ข้อสรุปและการตีความนั้นถูกต้องตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ (member check) งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๗

ผล

ผู้ดูแล 11 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย เพศชาย 4 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี 8 ราย นับถือศาสนาพุทธ 10 ราย และจบการศึกษา ระดับปริญญาตรีโท 5 ราย สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 6 ราย ส่วนอีก 5 ราย ใช้สิทธิบัตรทอง และเป็นผู้ที่ต้องหยุดประกอบอาชีพหรือออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วย 3 ราย ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้กับมีหนี้สิน ผู้ดูแลเกือบทุกราย (8 ราย) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน จำแนกได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ปัญหาและผลกระทบจากการดูแล มี 3 ด้านดังนี้

ด้านโรคของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

เจตคติต่อโรค ผู้ดูแล 5 รายใน 11 ราย เข้าใจว่าการกระทำสิ่งต่างๆ เกิดจากปัญหาด้านนิสัย และพฤติกรรมส่วนบุคคล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายในตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่างๆ เช่น

“แก้มักจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ชอบให้คนอื่นทำให้ทั้งหมด ผมว่า เป็นเพราะแกเรียกร้องความสนใจ ผมเลยต่อว่า แกเป็นประจำ”

“ผมว่า การที่แม่ชอบทำอะไรแปลกๆ เป็นเพราะแกต้องการที่จะกลั่นแกล้งผมมากกว่า”

ความรู้และทักษะ ผู้ดูแล 7 ใน 11 ราย กล่าวว่า ตนเองได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม หรือไม่ได้รับการเตรียมตัวในฐานะบทบาทของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องกลับมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งๆ ที่ไม่มีความรู้เพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทางโรงพยาบาลเขาก็เท่าแต่บอกว่า ให้เราช่วยฝึกสมองให้แม่ด้วย แต่เขาก็ไม่ได้บอกรายละเอียดว่า เราต้องมาทำให้แม่อย่างไรบ้าง”

“ลูกเขาได้คุยกับหมอเวลาไปโรงพยาบาล นำไม่ได้คุย...ความรู้ในการดูแล นำได้มาจากลูก”

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ด้านสังคม ผู้ดูแลทุกรายต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่สามารถทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง ส่วนผู้ดูแลบางรายต้องปรับเปลี่ยนหรือหยุดการประกอบอาชีพ

“ในการดูแลพี่ไปไหนไม่ได้เลย ถ้ามีธุระจริงๆ พี่ก็จะขังแม่ไว้ในบ้านสักเดี๋ยวน แล้วรีบกลับ”

“ผมลาออกจากงานประจำ มารับงานอยู่กับบ้าน เพราะผมต้องอยู่เฝ้าแม่”

ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลทุกราย มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแล 5 ราย ใน 11 ราย ยังขาดรายได้จากตัวผู้ดูแลเองที่ไม่สามารถทำงานได้ ส่วนผู้ดูแลอีก 3 ราย มีหนี้สินซึ่งเป็นผลพวงจากการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่ดินของแม่ตามใจจะมีอยู่ก็ไร่ เราก็ต้องเอามาขายหมด เพื่อเอาเงินมารักษาแม่”

“แต่ละเดือนเงินจ่ายไม่พอ ผมก็ต้องขอเงิน (ค้างจ่าย) กับแม่ค้าเขาไปก่อน”

ด้านผู้ดูแล

ด้านสุขภาพกาย ผู้ดูแล 8 ใน 11 ราย มีปัญหาสุขภาพ โดยป่วยเป็นโรคเรื้อรังอยู่แล้ว 4 ราย จากการดูแลผู้ป่วยได้ 1-2 เดือน ยิ่งทำให้ภาวะสุขภาพตนเองแย่ลง โดยมีการกำเริบของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่เดิมรุนแรงขึ้น และอีก 4 ราย พบว่า หลังจากรับช่วงในการดูแลผู้ป่วยได้ 1-3 เดือนก็มีปัญหาในเรื่องการนอนไม่เพียงพอ โรคกระเพาะอาหาร มีปัญหาไส้เลื่อนจากการที่ต้องยก หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแล 3 ราย ได้รับบาดเจ็บ จากการโดนผู้ป่วยทำร้าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางทีความดันขึ้นมาก มึนไปหมด แต่เราก็กังต้องดูแลแม่เหมือนเดิม เพราะไม่มีใครมาดูแลแทนให้”

“เขาชอบทำร้ายผม เข้ามาตบหน้าผม วันนั้นผมล้มทั้งยืน มึนไปหลายวัน”

ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแล 10 ราย ใน 11 ราย ได้สะท้อนความรู้สึกในเชิงลบ จากการที่ต้องดูแลช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน การควบคุมพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม จนผู้ดูแลจำนวน 2 ราย ไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ดังคำกล่าว

“ผมคิดอยากทำร้ายตัวเอง ... ผมนึกว่า ถ้าผมตายไป มันก็คงจะได้พ้นๆ กันไป”

“น้องเครียดมาก เพราะแกลไม่รู้ว่าเรื่องอะไรเสียเลย ... บางทีเวลาโกรธแกลมากๆ น้องก็จะเอาข้าวของมาปา แต่ปาไม่ให้โดนแกล”

ทั้งนี้มีเพียงผู้ดูแล 1 ราย เกิดความรู้สึกในเชิงบวก โดยรู้สึกภาคภูมิใจจากการที่ตนได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิด มีเวลาในการกระตุ้นความจำ ส่งผลให้มารดาของตนมีความจำที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“พี่ภูมิใจที่แม่มีความจำดีขึ้น...เป็นเพราะพี่คอยฝึก และคอยกระตุ้นความจำให้แกล”

ด้านการทำงาน ผู้ดูแลที่มีงานประจำได้สะท้อนออกมา 2 สาเหตุ คือ 1) จากการที่ต้องหยุดงาน หรือขาดงานบ่อย โดยผู้ดูแล 3 ราย ต้องนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ต่อเนื่อง รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงกำเริบ และ 2) การมาทำงานสายแต่ต้องกลับบ้านเร็ว โดยผู้ดูแล 2 ราย เล่าว่า การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการทำงาน และส่งผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพการงาน

“พี่ต้องกลับมาจากที่ทำงานก่อนเวลาเป็นบางวัน เพื่อมาดูแลแม่...บางวันพี่ก็ไปทำงานสายต้องเซ็นชื่อได้เส้นแดง”

“บางวันเราต้องออกไปเอายาให้แม่ที่โรงพยาบาล หรือถ้าว่างจากงาน เราก็ต้องแอบกลับบ้านไปดูแลแม่เป็นครั้งคราว เพราะเราเป็นห่วงแม่”

ประเด็นที่ 2 การเผชิญหรือขอจัดปัญหาที่ เข้ามารบกวน มี 5 กลวิธี ดังนี้

1. การจัดการกับอาการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วย มี 2 วิธีการ คือ

1.1 การผสมผสานการรักษา ผู้ดูแลมักจะใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายมาผสมผสานกัน เพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำแนกตามวัตถุประสงค์ในการดูแลรักษาได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) การฟื้นฟูและบำรุงส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ดูแลทุกราย จะให้ความสำคัญกับ 4 วิธีหลัก คือ อาหาร การออกกำลังกาย การกระตุ้นความคิดความจำ และการฟื้นฟูทักษะทางสังคม และ 2) ใช้ทุกวิธีที่เชื่อว่ามีผลดีต่อการรักษา โดยผู้ดูแล 3 ใน 11 ราย ได้ใช้วิธีการแพทย์พื้นบ้าน ร่วมกับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน

“ผมจะพยายามกระตุ้นความคิด ความจำ... โดยชวนแกลพูดคุย หรือให้แกลได้ดูรูปถ่ายเก่าๆ”

“หมอบ้านมาทำพิธี หมอโนราห์มาทำพิธีก็ไม่เห็นอาการดีขึ้น ...ตอนนี้รักษากับหมอแผนปัจจุบันอย่างเดียว”

1.2 การจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรม เช่น การให้รางวัล หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง การลงโทษ เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลควบคุมไม่ได้

“เวลาแกลเรียกมากๆ บางทีเราก็ต้องใช้วิธีชู้ และขึ้นเสียงดังกับแกล”

“เขาเที่ยวพูดคนเดียวอยู่ทั้งวัน พูดเสียงอยู่คนเดียว ผมก็จะปล่อยให้แกลพูดไปเรื่อยๆ”

2. การทำใจ ผู้ดูแลแต่ละรายจะมีรูปแบบหรือกลไกการทำใจที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งมีด้วยกัน 3 กลวิธี คือ การปลง/การยอมรับสภาพ การผ่อนคลายความเครียด และการเปรียบเทียบภาระการดูแลของตนเองกับผู้อื่น เพื่อช่วยให้คลายเครียด ดังคำกล่าวที่ว่า

“แกลหลงลืมพรรคนี้ ผมก็คิดว่า ดีกว่าคนไข้ที่เป็นอัมพาตที่ต้องช่วยแบกช่วยยก...พอผมคิดได้อย่างนี้แล้ว ช่วยทำให้ผมสบายใจขึ้น”

“เวลาที่น้องเครียดกับแก่มากๆ ...น้องก็จะออกไปเดินนอกร้านให้สบายใจ”

3. คุณแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง
ผู้ดูแลทุกราย จะมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อต้องการให้สุขภาพแข็งแรง อยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้นานๆ ส่วนผู้ดูแล 1 ราย ต้องไปพบจิตแพทย์ เพื่อให้ช่วยรักษาอาการเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล

“ผมกินวิตามินเป็นประจำ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ...สามารถดูแลคนป่วยได้ไหว”

“พี่หายใจไม่ค่อยอิม หมอบอกว่า พี่เป็นโรคเครียดสะสม พอเอายามากินก็อาการดีขึ้น”

4. ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต
ผู้ดูแลทุกรายจะจัดการกับวิธีการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและลงตัวกับการดำเนินชีวิต ประหยัดค่าใช้จ่าย รวมทั้งมีการปรับทัศนคติและการกระทำ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เข้ามา รุมเร้า ดังคำกล่าวที่ว่า

“แม่ไม่ยอมอ้าปาก แกกินไม่เป็นแล้ว กับซ็อน ผมเลยไปเอาขวดซอสมาตัดรูให้ปากขวดใหญ่ขึ้น เพื่อป้อนอาหารเข้าปากให้แกกิน”

“เราต้องบริหารการใช้เงิน เดือนหนึ่งต้องจ่ายไม่เกินสี่พันบาท...ถ้าผมไม่มีเงิน บางทีการกินขนมของเราก็ต้องงดไปก่อน แต่ของกินแม่จะไม่ให้ออด แต่ก็ต้องลดไปสักชนิดหนึ่ง”

5. การจัดการในเรื่องความปลอดภัยของชีวิต และทรัพย์สิน
ผู้ดูแล 2 ราย ใน 11 ราย ได้ทำการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยและการรักษา ส่วนผู้ดูแลอีก 2 ราย ได้มีการเฝ้าระวังของมีค่าและทรัพย์สินเสียหายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมให้เงินเขาไว้ เพียงต้องการให้ติดตัวเขาไว้บ้าง จะไม่ให้ไว้มาก เพราะเขาทำหาย”

“พี่ทำรั้วกันเตี้ยๆ เพื่อแกะจะได้เดินวนอยู่แต่ภายในบ้าน จะได้ไม่เดินหลงไปไหน”

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา มี 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความหวัง ความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล ซึ่งทั้ง 2 สิ่งเหล่านี้ ช่วยให้ผู้ดูแลทุกราย ยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความเข้มแข็งอดทนและเต็มใจที่จะให้การดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราตั้งใจว่า เราจะต้องดูแลแม่ในทุกๆ อย่างให้ดีที่สุด ... เพราะเรารักแม่”

“ด้วยจิตวิญญาณของเรา...เราจะต้องดูแลเขาไปจนนาทีสุดท้าย ไม่คิดทอดทิ้ง”

ส่วนผู้ดูแล 9 ราย ใน 11 ราย ต่อมาเกิดความรู้สึกท้อแท้ และหมดหวังในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้ความเข้มแข็งอดทน และความพยายามของผู้ดูแลในการดูแลลดน้อยลงด้วยเช่นกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“หมอบอกว่า อาการจะเป็นแบบนี้ ไม่หายแล้ว... ผมก็ไม่รู้จะทำอย่างไรเหมือนกัน ...ถ้าหมอบอกว่า รักษาไม่ได้ ผมก็ต้องจ่ายอม”

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเสื่อมในการรับรู้และสติปัญญา รวมไปถึงสภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลทุกรายต้องใช้ความอดทนอดกลั้นเป็นอย่างมากในการดูแล

“แก้มักเอาฟันปลอม หรือกระเป๋าวางลืมไม่เป็นที่ เราก็ต้องช่วยหาให้แกทุกวัน”

“ผมต้องให้การดูแลเขา เหมือนแม่ที่ต้องดูแลเด็กอ่อน...เพราะเขาทำอะไรไม่ได้เลย”

3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม สังคมและความเชื่อ ผู้ดูแล 4 ราย ใน 11 ราย ที่ได้รับความช่วยเหลือเอื้ออาทรจากบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบข้างเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ดูแลอีก 3 ราย มีความเชื่อว่า การดูแลเป็นการชดใช้กรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

“เรากับเขาคงทำกรรมร่วมกันมา ชาตินี้เลยต้องมาชดใช้ร่วมกัน...เราตั้งใจที่จะดูแลเขา เพื่อจะได้หมดกรรมหมดเวรกันไปในชาตินี้”

“พี่ๆ น้องๆ จะไม่มีใครเกี่ยงกันเลยในการดูแลแม่ เวลาใครว่างก็มาช่วยกันดูแล”

4. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ที่ไม่เอื้อต่อการดูแล มี 3 ลักษณะ คือ เจ้าหน้าที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดี เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยมีเวลา และสถานบริการสาธารณสุขในหมู่บ้านมีศักยภาพน้อย

“พี่ไปตามเจ้าหน้าที่อนามัย เพื่อขอให้มาช่วยเปลี่ยนสายยางอาหารให้กับแม่ แต่เขาบอกว่าเขาไม่ค่อยชำนาญแล้ว ...นั่นแหละพนักงานกำหนดไปแล้ว ก็ยังไม่ได้เปลี่ยน”

“พอใกล้จะถึงคิวที่หมอมจะเรียกตรวจเขา (ผู้ป่วย) มักจะลุดหายไปไหนก็ไม่รู้...หมอบอกว่าผมประจำว่า ไม่ใช่เขาต้องมานั่งรอตรวจแต่แฟนลูกคนเดียวทีละ”

ประเด็นที่ 4 ความต้องการของผู้ดูแล มี 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบริการสุขภาพ ใน 4 เรื่องคือ ยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านความจำ ช่วยทำการรักษาและดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ช่วยรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือด้านสวัสดิการและการรักษา

“ผมต้องการพวกอุปกรณ์ทำแผล ซึ่งผมต้องใช้ตลอดชีวิตของแม่ เพราะแม่มีแผลกดทับ”

“ต้องการให้หมอช่วยรับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อเขามีอาการรุนแรง ดื้อ ก้าวร้าว”

2. ด้านความเกื้อกูล และความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ผู้ดูแลทุกรายต่างต้องการ ใน 2 ลักษณะ คือ 1) แบ่งเบาภาระงาน และ 2) กำลังใจและความรัก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทุกวันนี้เราต้องรับภาระดูแลคนเดียว...เราต้องการให้ลูกคนอื่น มารับแม่ไปดูแลกันบ้าง”

“ผอ. ต้องมีความเข้าใจ และเห็นใจเราบ้าง...จะเอาแต่เรื่องงานอย่างเดียวไม่ได้ เพราะเรามีแม่ที่ต้องดูแล”

3. ด้านสถานบริการที่รับเลี้ยงดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล 5 รายใน 11 ราย ต้องการให้มีสถานที่ที่ช่วยเลี้ยงดูแลผู้ป่วยในเวลาที่ผู้ดูแลต้องทำงาน หรือเมื่อเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“พี่อยากจะทำให้ทางโรงพยาบาลเขารับดูแลไปเลย เพราะเราต้องทำงาน”

“อยากให้โรงพยาบาลมีบริการรับเลี้ยงในช่วงกลางวัน เพราะเราเหนื่อยเหลือเกินแล้ว”

วิจารณ์

ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงปัญหาและผลกระทบจากการดูแลใน 3 ลักษณะ คือ (1) ด้านโรคของผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายคิดว่า เป็นอาการของผู้สูงอายุทั่วไป จึงไม่ได้นำผู้ป่วยมารักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม¹⁷ หรือจากการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพที่ไม่ชัดเจน ไม่ได้รับการเตรียมตัวที่เพียงพอ¹⁴ ซึ่งผู้ดูแลในระยะแรกๆ ที่เพิ่งกลับจากโรงพยาบาลพบว่า ยังขาดความมั่นใจในการดูแล¹⁵ จากการที่

ผู้ดูแลไม่มีความรู้ความสามารถหรือทักษะที่ดีพอ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วย และเกิดความเครียด^{6,13,15} (2) ด้านเศรษฐกิจและสังคม การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายทั้งค่ายา ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เป็นต้น ผู้ดูแลบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและการมีรายได้ เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดทางด้านค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน^{5,6,13} นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง¹³ เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย⁷ และ (3) ด้านผู้ดูแล โดยผู้ดูแลทุกราย จะมีปัญหาด้านสุขภาพกาย ได้แก่ โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิมมีอาการกำเริบบ่อยๆ โรคกระเพาะอาหาร นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย^{6,8,13} มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลทุกรายจะมีปัญหาสุขภาพจิต โดยพบภาวะวิตกกังวล เหนื่อยหน่าย เครียด ท้อแท้ อ่างว้าง ลึนหวัง และซึมเศร้า¹³ จากการทำที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งการทำที่ต้องคอยดูแล หรือควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม^{13,16} จนกระทั่งผู้ดูแลบางรายมีความคิดที่อยากจะทำร้ายตนเอง ไม่อยากที่จะมีชีวิตอยู่อีกต่อไป¹³ ส่วนบางรายต้องไปพบจิตแพทย์ ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า ผู้ดูแลเพียง 1 ราย มีความภาคภูมิใจต่อการดูแล เนื่องจากตนสามารถช่วยให้มารดาที่มีความจำดีขึ้น ประกอบกับการที่ผู้ดูแลรายดังกล่าว นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีความเชื่อว่าโรค หรือความเจ็บป่วยที่เกิดกับมารดาของตน เป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงกำหนดมา เพื่อเป็นบททดสอบของมนุษย์¹⁷ หลักคำสอนทางศาสนาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกในเชิงบวกต่อการดูแล¹⁸ และมีปัญหาด้านการ

ทำงาน โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่มีงานประจำต้องหยุดงานหรือขาดงานบ่อย และการมาทำงานสาย แต่ต้องกลับบ้านเร็วก่อนกำหนดเวลา เนื่องจากต้องกลับไปดูแล หรือเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน^{6,7,13}

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเป็นขบวนการที่มีเป้าหมาย เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรค ควบคู่กับการที่ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแลได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีด้วยกัน 5 วิธี คือ 1) การจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการผสมผสานการรักษา รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย การดูแลให้ยา และการพบแพทย์ตามนัด⁹ 2) การทำใจ เพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น แต่สาเหตุของปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากผู้ดูแลประเมินแล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงและแก้ไขให้ดีขึ้นได้ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลวิธี คือ (2.1) การปลง/การยอมรับสภาพ (2.2) การผ่อนคลายความเครียด เช่น การทิ้งไปสักพักแล้วค่อยกลับมาดูแลใหม่ การพูดระบาย เป็นต้น โดยจะพูดระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟัง เมื่อมีปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด¹⁹ และ (2.3) การเปรียบเทียบภาระการดูแลของตนเองกับผู้อื่น⁶ 3) ดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง ผู้ดูแลจะระมัดระวังไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมจนเกินไป เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้นานๆ และมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย เช่น การบำรุงส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และการบำบัดรักษาอาการต่างๆ โดยผู้ดูแลจะเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตัวเองมากที่สุด รองลงมาคือ การรับประทานอาหารครบถ้วนตรงตามเวลา ให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ¹⁹ 4) ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เช่น การ

จัดการกับวิธีการดูแลรักษา โดยผู้ดูแลจะพยายามเสาะแสวงหาความรู้จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และมีการปรับการดูแลเข้ากับการดำเนินชีวิต¹⁹ มีการบริหารจัดการด้านการเงิน รวมทั้งการปรับทัศนคติและการกระทำ 5) การจัดการในเรื่องความปลอดภัยของชีวิต และทรัพย์สิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้อื่น โดยการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรู้สึกมีอิสระ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้²⁰

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมี 4 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความหวัง รวมทั้งความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล⁶ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเสื่อมในการรับรู้และสติปัญญา ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และภาวะถดถอยด้านอารมณ์ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเซวาร์ปัญญาเสื่อม จะส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล^{5,7,21} โดยเฉพาะเมื่อระยะการป่วยอยู่ในระยะที่ 2 ของการดำเนินโรค ซึ่งระยะนี้จะมีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้น และระยะยาว เสียการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปอย่างชัดเจน²² 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม สังคม และความเชื่อ ได้แก่ ความช่วยเหลือเอื้ออาทรจากบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบข้าง รวมถึงความเชื่อว่าการดูแลเป็นการชดใช้กรรม⁶ และ 4) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ กิริยาท่าทางการพูด น้ำเสียง ตลอดจนการที่เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยมีเวลา ติดประชุมบ่อย ไม่ค่อยอยู่สถานบริการสาธารณสุข หรือ

มีศักยภาพน้อย รวมถึงการไม่ได้รับการติดตามดูแลจากสถานบริการปฐมภูมิ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการได้อย่างที่คิดหวัง^{6, 13, 23}

ความต้องการของผู้ดูแลมี 3 ด้านดังนี้ 1) ต้องการความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ที่แตกต่างกันไปใน 4 ลักษณะ คือ ยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านความจำ ช่วยทำการรักษาและดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ช่วยรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมถึงต้องการให้ช่วยเหลือด้านสวัสดิการ และการรักษาที่ต่อเนื่อง 2) ต้องการความเกื้อกูล และความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ใน 2 ลักษณะคือ แบ่งเบาภาระงาน รวมถึงด้านกำลังใจและความรัก⁶ และ 3) ต้องการให้มีสถานบริการที่รับเลี้ยงดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการให้มีศูนย์บริการดูแลช่วงกลางวัน เพื่อให้ช่วยรับเลี้ยงดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแล²⁴ ซึ่งการให้บริการทดแทนชั่วคราว (respite care) มีผลดีต่อตัวผู้ดูแล โดยจะช่วยลดภาระในการดูแล แม้จะไม่ได้ช่วยด้านอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย¹³

สรุป

ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกด้านลบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านวิธีการเผชิญปัญหา มีสองแบบคือ การจัดการภายใน โดยการทำใจและการจัดการภายนอก นอกจากนี้การเสริมสร้างกำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ และมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในด้านลบจากการดูแลลดลงและสามารถที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Oonaphirak L. The elderly Nursing: Nervous System Problems and Others. Bangkok: Boonsiri Printing Company; 2010.
2. Piammongkon P. Psychiatric and Mental Health Nursing. Bangkok: Thammasarn Company Ltd., 2010.
3. Phanthumjinda K. Alzheimer's Disease: Disease or Age. 3rded. Bangkok: Torch Printing Project: 2000.
4. Ondee P. Caregiving to Patients with Alzheimer's Disease ... Key Issue and Help. Psychiatric and J J Ment Health 2004;18:24-35.
5. Raekkhannuan S, Lueboonthavachai P. Behavioral and Psychogenic Problems of Patients with Alzheimer's Disease and Obligations of Carregivers at Psychiatry Department Chulalongkorn Hospital. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2012;57:335-46.
6. Srinim N. Coping Experience of Caregivers who Provide Care for Stroke Patients at Home. (Thesis) Songkhla: Graduate School. Prince of Songkla University; 2002.
7. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2013;58:101-10.
8. Ritteeveerakul N. Factors Predicting Health States on Family Caregivers of Demented Elderly Patients. [Thesis]. Bangkok: Graduate School Mahidol University; 2005.
9. Morathob N, Kanchanajisakul C, Pannarunothai S, Prach-uabmoh V, Satayavongthip B. Roles of Family Members in Caregiving to Elderly with Alzheimer's Disease. J Ment Health 2012;6:122-31.
10. Ruksawong N. Mental Health Promotion among Caregivers of Dementia Patients. [Minor Thesis]. Songkhla: Graduate School, Prince of Songkla University; 2008.
11. Suwannamal P. Perception of Caring Burden and Coping with Problems among Caregivers of Patients with First Schizophrenia. [Minor Thesis] Songkhla: Graduate School Prince of Songkla University; 2014.
12. Chunhaborde A, Supanun T, Oupara R, Thongsai S. Stress and Needs of Caregivers Providing Care for Stroke Patients at Home. Phrapokklao Nursing Collage Journal Chanthaburi 2013;24:19.
13. Tengrang K, Sihapark S, Chuengsatiansup K. Impact and burden of long-term care for the elderly in Thai cultural context : case study of the elderly with dementia. Journal of Public Health 2014;10(1):24-34.
14. Aekasawin S. Review Article: Factors Relating to Violence among Caregivers towards Elderly with Dementia in the Communities. J Ment Health 2011;14:191-7.
15. Musikachai W. Supports of Nurses and Practices of Caregivers in Taking care of Patients with Alzheimer's Disease. [Minor Thesis] Songkhla: Graduate School Prince of Songkla University; 2010.
16. Sasanus P. Buedens of Caregivers of Elderly Schizophrenia. [Minor Thesis]. Songkhla: Graduate School Prince of Songkhla University; 2009.
17. Mina U, Hasuwankit S. Medical and Patient Caregiving as Hamonized with Muslim Way of Life. 2nded. Songkhla: Institute of Southern Health System Research, Prince of Songkla University; 2008.
18. Songmuang S. Muslim Family Functioning Perceived by Schizophrenia Patients and Family Members. [Minor Thesis]. Songkhla: Graduate School Prince of Songkhla University; 2013.
19. Punsiri O. Ability of Caregivers in Taking Care of Dementia Patients at Songkhla Rajanagarinda Psychiatric Hospital, Songkhla Province. [Research]. Songkhla : Songkhla Rajanagarinda Psychiatric Hospital; 2009.
20. Jaroenjittkul C. Review Article The Attentive Viewpoints of Care for Dementia Patients. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2008;2(1):36-47.
21. Iavarone A, Ziello A.R, Pastore F, Fasanaro A.M, Poderico C. Caregiver Burden and Coping Strategies in Caregivers of Patients with Alzheimer's Diseases. Neuropsychiatric Disease Treatment. 2014;10:1407-13
22. Prasat Neurological Institute. Clinical Practice Guideline for Dementia. 2nded. Prasat Neurological Institute; 2008.
23. Schriach A, Santo T.D., Greenless J, Whittier S, Coon D, Kietzman K, Mills-Dick K, Fox P, Aker J. Family Caregiver in California: Need, International and Model Progress. USA: Center for the Advanced Study of Aging Services University of California Berkely; 2001.
24. Senanarong W, Harnphadungkit K, Jamjaras P, Puwarawuttipanit W, Kongpattanakul S. Study of Dementia on Etiology, Diagnostic Screening Method, and Proper Management in Thai Elderly. [Research]. Bangkok: National Research Council; 2002.