



บทความฟื้นฟูวิชาการ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณ ของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสังเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณ ของผู้ดูแล ต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

วัสดุและวิธีการ สืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (PubMed) ในช่วง ปี ค.ศ. 1995-2010 คำสำคัญในการค้น คือ abuse care-giver dementia elderly ได้เอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวน 133 บทความ และค้นหาบทความที่สืบเนื่องจากเอกสารข้างต้นใน PubMed จำนวน 19 บทความ และค้นหา บทความภาษาไทยจากฐานข้อมูล Google Advance คำสำคัญ คือ การกระทำทารุณ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม พบเอกสารภาษาไทยจำนวน 1 บทความ ได้บทความเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 38 บทความ

ผล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมประกอบด้วย ปัจจัยด้าน ผู้ดูแลและด้านผู้สูงอายุ ในด้านผู้ดูแลพบองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลและ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่วนในด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ อาการหรือพฤติกรรมปัญหาของ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ อาการจิตวิปลาส (psychosis) ก้าวร้าว กังวลอาจเกิดเหตุร้าย (catastrophic reaction) ซึมเศร้า และปัญหาการนอน

สรุป การศึกษานี้ระบุถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในชุมชน จึงสามารถนำไปวางแผนป้องกันเกิดการกระทำทารุณของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ : การกระทำทารุณ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

กรมสุขภาพจิต



Review article : Factors determined abuse of demented elderly by carers in community population

Suparat Ekasawin, M.D.

Abstract

Objective This literature review aimed to summarize the main factors determined abuse of demented elderly by carers in community population.

Materials and methods Keying words "abuse, care-giver, dementia elderly" into PubMed search engine, we retrieved the article from 1995-2010 and found 133 related pieces and 19 linked articles from the page of PubMed. From Google Advance search engine for Thai article by the same key words in Thais, we found 1 Thai pieces with clear content and be reachable only 38 full papers.

Results The main 2 factors determined abuse of demented elderly by carers in community population were mental health problems in care giver and bond between care-giver-demented elderly and elderly misbehaviors eg. psychosis, aggression, catastrophic reaction, depression and sleep problem.

Conclusion These results illuminated the factors determined abuse of demented elderly by carers in community population. They might be useful in abuse preventive intervention plan.

Key words : abuse, care- giver, dementia, elderly

Department of Mental Health

๑๙๒

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติการทำหน้าที่ของสมองใหญ่ โดยเฉพาะความจำเสื่อมร่วมกับความผิดปกติด้านอื่นๆ เช่น ความเป็นเหตุผลการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพในผู้สูงอายุ มักพบโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และความชุกจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวในทุกๆ อายุ 5 ปี ที่เพิ่มขึ้น เช่น ช่วงอายุ 65-69 70-74 75-79 80-84 และ 85 ขึ้นไป มีความชุกร้อยละ 1.7 3.4 5.7 10.8 และ 17.8 ตามลำดับ¹ ทั้งนี้ความเสื่อมถอยทั้งร่างกาย และจิตใจจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลและในบางครั้งนำมาซึ่งการกระทำทารุณของผู้ดูแลที่กระทำต่อผู้สูงอายุ นิยามของการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลทำให้เกิดความทุกข์ทางกาย จิตใจ อารมณ์และสุขภาพ ไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ และเกิดชั่วคราว หรือต่อเนื่อง เช่น การปล่อยปละละเลย การเพิกเฉยต่อการดูแลที่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย การพูดจาก้าวร้าว การละเมิดสิทธิและเอาประโยชน์ต่อทรัพย์สิน² ปัญหาการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ การทำร้ายจิตใจ รองลงมาคือ การถูกทอดทิ้ง ละเลย ทำร้ายร่างกาย และการเอาประโยชน์ทางทรัพย์สิน² ในรายงานนี้จะกล่าวเฉพาะในส่วนของการกระทำทารุณด้านร่างกายเป็นหลัก

ประเทศไทยยังไม่มีมีการสำรวจการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุในระดับชาติ แต่รายงานทางตะวันตกพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดการกระทำทารุณมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปโดยพบความชุกของการเกิดการกระทำทารุณร้อยละ 33-52^{3,4} ในขณะที่การกระทำทารุณในผู้สูงอายุ

ทั่วไปเพียงร้อยละ 1-18.4^{5,6} ซึ่งตัวเลขในกลุ่มสมองเสื่อมอาจสูงกว่าที่รายงานเพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่สามารถร้องเรียนการถูกรังแก รุนแรง จากความเสื่อมถอยของทักษะการสื่อสาร การเคลื่อนไหว การเปิดประเด็นให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้ หรือ บางครั้งความเฉื่อยชาที่เกิดจากการมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย^{7,8} เมื่อพิจารณาอัตราชุกของการกระทำทารุณในผู้สูงอายุสมองเสื่อมแยกตามประเภทการกระทำทารุณแล้วพบการทอดทิ้งร้อยละ 1-16.0^{6,9} การกระทำทารุณทางจิตใจร้อยละ 15.2-43^{9,10} การกระทำทารุณทางกายร้อยละ 0.1-9.6^{9,10}

อาการหรือพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ อาการจิตวิปลาส (psychosis) เช่น delirium and hallucinations และพฤติกรรมผิดปกติ ได้แก่ การทำร้ายผู้ดูแล ซึมเศร้า หรืออารมณ์แปรปรวน กังวล กระสับกระส่าย การควบคุมตนเองบกพร่อง (disinhibition) หรือการไว้มากต่อสิ่งเร้าแม้เพียงสิ่งเล็กน้อย กังวลว่าอาจเกิดเหตุร้าย หงุดหงิดง่าย เดินเรื่อยเปื่อย (wandering) การสับสนเวลาพลบค่ำ (sundowning) ปัญหาการนอน ปัญหาทางเพศ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่งตัวด้วยตนเองไม่ได้¹¹ ซึ่งอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหานี้จะพบได้ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 33¹² และปรากฏมากขึ้นตามพุทธิปัญญา (cognitive function) ที่น้อยลงจึงมักเป็นเงื่อนไขให้ต้องย้ายผู้สูงอายุเข้าสถานพยาบาล¹³

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อทบทวนปัจจัยเกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อนำไปสู่การศึกษาต่อไปเพื่อลดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ

สืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (PubMed) ในช่วงปี ค.ศ. 1995-2010 คำสำคัญในการค้น คือ abuse caregiver dementia elderly ได้เอกสาร ที่เกี่ยวข้องจำนวน 133 บทความ และค้นหาคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องจากเอกสารข้างต้นใน PubMed จำนวน 19 บทความ และค้นหาคำศัพท์ภาษาไทยจากฐานข้อมูล Google Advance คำสำคัญ คือ การกระทำทารุณ ผู้ดูแล สมองเสื่อม ผู้สูงอายุ พบเอกสารภาษาไทยจำนวน 1 บทความ ค้นหาเอกสารที่เกี่ยวข้องได้ทั้งสิ้น 38 บทความ

ผล

การศึกษาเหตุการณ์การกระทำทารุณในผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่ามีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องอย่างพลวัตโดยปัจจัยหลัก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ดูแลและด้านผู้สูงอายุ ในด้านผู้ดูแล พบองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน ส่วนแรกคือปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลพบร้อยละ 25-56 ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปพบเพียงร้อยละ 26^{14,15} เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ดูแลพบร้อยละ 23.5 และ 43 ตามลำดับ^{16,17} โดยลักษณะประชากรของกลุ่มวิตกกังวลมักเป็นผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ไม่ได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม¹⁸ ส่วนอัตราสูงของการซึมเศร้านั้น จะพบในผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งพบเพียงร้อยละ 21¹⁹ โดยมักมีอาการร้องไห้บ่อย โกรธง่าย กังวล เสียใจ แยกตัว รู้สึกผิด และเหนื่อยหน่าย²⁰ ทั้งนี้พบว่าภาวะการดูแลไม่ได้ทำให้

ผู้ดูแลเศร้าแต่เป็นปัญหาของการอดนอน ความรู้สึกต้องเสียสละหรืออาการผู้สูงอายุแย่งลงจนต้องย้ายไปสถานพยาบาลต่างหากที่ทำให้ผู้ดูแลเศร้า²⁰ ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าอารมณ์โกรธของผู้ดูแลเป็นอาการแสดงหนึ่งของภาวะเศร้าได้ และอารมณ์โกรธนี้จะเปลี่ยนเป็นการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุ (anger as mediator)²¹ การจัดการความโกรธอย่างเหมาะสมจึงช่วยลดการกระทำทารุณของผู้ดูแลลงได้ และผู้ดูแลที่มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมดีกว่าจะมีภาวะเศร้าน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนความรู้ต่ำกว่า²² การศึกษาเกือบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลนั้นไม่ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์ ปัญหาสุขภาพจิตจึงระบุได้เพียงภาวะกังวลหรือเศร้า อีกทั้งในการศึกษาปัญหาทางจิตใจอื่นๆ นอกเหนือไปจากวิตกกังวลและซึมเศร้าแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์กับการเกิดการกระทำทารุณ แต่ระเบียบวิจัยมักไม่ได้คำนึงถึง confounding effect ทำให้ความสัมพันธ์ที่พบเป็นภาพลวง ได้แก่ ผู้ดูแลใช้สุรา สารเสพติด หรือมีประสบการณ์การกระทำทารุณในครอบครัว^{23,24} หรือลักษณะครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง^{2,4,25} องค์ประกอบย่อยส่วนที่สองคือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นตัวกำหนดและมีความเกี่ยวข้องเชิงผกผันกับความรู้สึกเป็นภาระ²⁶ หมายความว่าถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดี ผู้ดูแลก็ไม่รู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ โดยความรู้สึกเป็นภาระนี้เป็นผลรวมของความสัมพันธ์ ความพึงพิงของผู้สูงอายุ ความเครียด และการปรับตัว การมีเพื่อน¹⁴ ซึ่งการลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเฉพาะหน้านั้นอาจทำได้ด้วยการจัดบริการทดแทน

ชั่วคราวในชุมชน แต่ในระยะยาว จำเป็นต้องจัดการกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ความเครียด และการปรับตัว การมีเพื่อน²⁷ แต่การปรับเปลี่ยนวิธีการปรับตัวของผู้ดูแลกลับไม่ได้ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระ²⁷ ในขณะที่การลดเครือข่ายทางสังคมและกิจกรรมกับเพื่อน ๆ จะเพิ่มโอกาสการเกิดการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม²⁸ ปัจจัยที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระอีกด้านคือวัฒนธรรมชาวเอเชีย ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุทำให้บทบาทผู้ดูแลน่ายกย่อง มีคุณธรรม ผู้ดูแลจึงมักจะได้รับการชื่นชมและช่วยเหลือจากคนรอบข้าง²⁹

องค์ประกอบย่อยอื่นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดการกระทำทารุณแต่เป็นการศึกษาขนาดเล็กหรือวิธีวิจัยไม่ชัดเจน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแลซึ่งพบว่ามีกลุ่มอาการทางกายที่พบมากที่สุด คือ โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ ความดันโลหิตสูง และปัญหาการนอนไม่หลับ และพบมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป³⁰ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่กระทำรุนแรงนั้นส่วนมากมีสุขภาพกายแข็งแรง⁴

ในด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบปัจจัยเสี่ยงคือ อาการหรือพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุ-สมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการกระทำทารุณมักได้แก่ 1) อาการจิตวิปลาส เช่น delirium and hallucinations 2) อาการ ก้าวร้าว 3) กังวลอาจเกิดเหตุร้าย (catastrophic reaction) 4) ปัญหาการนอน¹³ และ 5) อาการซึมเศร้า³¹ แต่สำหรับภาวะ activities of daily living (ADL) ไม่พบความสัมพันธ์ต่อการกระทำรุนแรง³²

การลดความเสี่ยงของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณนั้นจึงควรคำนึงถึงการจัดการกับปัจจัยทั้งด้านผู้ดูแลและด้านผู้สูงอายุ โดยด้านการช่วยเหลือผู้ดูแลจำเป็นต้องจัดการกับองค์ประกอบย่อยทั้ง 2 ปัจจัย ได้แก่ หนึ่งปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการแก้ไข วิธีที่ได้ผลดีคือ psychosocial intervention programme และเพิ่มทักษะจัดการ behavioral management therapy โดยทำกิจกรรมติดต่อกันนานประมาณ 2 ปี ซึ่งการใช้รูปแบบรายบุคคลได้ผลดีกว่าแบบกลุ่ม³³ ทั้งนี้ต้องทำการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเพื่อแยกกลุ่มเสี่ยงออกมาก่อน³¹ สองปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระนั้น พบว่าการใช้บริการทดแทนชั่วคราว (respite care) มีผลดีต่อผู้ดูแล แม้จะไม่พบว่าช่วยด้านอาการหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุหรือช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าสถานพยาบาลข้างล่างและค่าใช้จ่ายที่สูงใกล้เคียงกับการพักในสถานพยาบาล³⁴ ปัจจุบันรัฐถ่ายโอนการบริการสำหรับผู้สูงอายุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และกำหนดสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุของ อผส. 1 คน ต้องดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ทุกซีกาเดือตร้อนไม่น้อยกว่า 5 คน และเฝ้าระวังผู้สูงอายุทั่วไป ไม่น้อยกว่า 15 คน โดยระยะเวลาการปฏิบัติงานอย่างน้อยต้องออกไปดูแลผู้สูงอายุทุกซีกาเดือตร้อนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งนี้กำหนดแนวทางการดำเนินงานให้ อผส. ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และดำเนินการแก้ไข³⁵ จะเห็นได้ในกรณีที่ อผส. มีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณต่อ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ จะช่วยเพิ่มคุณภาพและลดเวลาในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่ม สมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม การให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลนั้นควรกระทำในครั้งเดียวกันกับที่พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้คนเดียวกันจะช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ดูแลมากขึ้น³⁶ ส่วนด้านผู้สูงอายุนั้น อาการหรือพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการกระทำทารุณทั้ง 5 อาการข้างต้น มักลดลงได้จาก 2 วิธีได้แก่ การใช้ยาและการไม่ใช้ยา โดยทั่วไปแพทย์มักเลี่ยงการใช้ยาเนื่องจากปัญหาที่พบบ่อยคือการหกล้มและปัญหาเส้นเลือดสมอง³⁷ ส่วนการไม่ใช้ยาสามารถทำได้ เช่น การฝึกฝนพุทธิปัญญา (cognitive function) การปรับพฤติกรรม การปรับสิ่งแวดล้อม และการรักษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม³⁸

สรุป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำทารุณของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ดูแลและด้านผู้สูงอายุ ในด้านผู้ดูแลพบองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่วนในด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ อาการหรือพฤติกรรมปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ อาการจิตวิปลาส ก้าวร้าว กังวล อาจเกิดเหตุร้าย ชี้อารมณ์ และปัญหาการนอน

เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Disease International Dec 2008. The prevalence of dementia worldwide. Available from <http://www.alz.co.uk/adi/pdf/prevalen.pdf> [31 March 2011]
2. Cooper C, Selwood A. and Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008;37:151-60.
3. Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:493-500.
4. Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:564-71.
5. Lowenstein A, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *J Elder Abuse Negl* 2009;21:253-77.
6. Biggs S, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first national prevalence study. *J Elder Abuse Negl* 2009;21:1-14.
7. Hansberry M.R, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse. *Clin Geriatr Med* 2005;21:315-32.
8. Thompson-McCormick J, Cooper C, Livingston G. Medical students' recognition of elder abuse. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:770-7.
9. Garre-Olmo J, Lopez-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of

- suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:815-22.
10. Brozowski K. Aging and risk: physical and sexual abuse of elders in Canada. *J Interpers Violence* 2010;25:1183-99.
11. Gabay PM. Behavioural and psychological signs in dementia. Clinical features. Pharmacological and non-pharmacological treatment strategies. *Vertex* 2008;19:24-38.
12. Constantine G, Lyketsos J, Rabins PJ. Dementia in elderly persons in a general hospital. *Am J Psychiatry* 2000;157:704-7.
13. Lebert F, Robert P, Rigaud AS. Management of behavioral disorders in dementia patients. *Rev Neurol* 2000;156:767-72.
14. Mafullul YM. Burden of informal carers of mentally infirm elderly in Lancashire. *East Afr Med J* 2002;79:291-8.
15. Kurrle SE, Lockwood K, Cameron ID. Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four Aged Care Assessment Teams. *Med J Aust* 1997;166:119-22.
16. Mahoney R, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:795-801.
17. Waite A, Skelton-Robinson M, Orrell M. Social factors and depression in carers of people with dementia. *Int J Geriatr Psych* 2004;19:582-7.
18. Wang JJ. Psychological abuse behavior exhibited by caregivers in the care of the elderly and correlated factors in long-term care facilities in Taiwan. *J Nurs Res* 2005;13:271-80.
19. Molyneux GJ, M.G, McEniff S CM, Conroy RM. Prevalence and predictors of carer burden and depression in carers of patients referred to an old age psychiatric service. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1193-202.
20. Family care giver alliance. Depression in care giver. 2010. Available from http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=2378. [14 January 2011]
21. Macneil G, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *Gerontologist* 2010;50:76-86.
22. Graham C, Sham PL. Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:931-6.
23. Coyne AC. Relationship between dementia and elder abuse. *Am J Psychiatry* 1998;150:643-6.
24. Mockler DJ, Murphy M. Psychosocial factors associated with the use/non-use of mental health services by primary carers of individuals with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:310-4.
25. Nomura H, Kamimura N, Shimodera S, Mino Y, Gregg L, Tarrier N. A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Soc Psych Psych Epid* 2005;40:564-70.
26. Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007;20:115-9.

27. McConaghy R. Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nurs Health Sci* 2005;7:81-91.
28. Lawrence V, Samsi K, Banerjee S. Attitudes and support needs of black Caribbean, south Asian and white British carers of people with dementia in the UK. *Brit J Psychiatry* 2008;193:240-6.
29. Shugarman LR, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc* 2003;51: 24-31.
30. Valles MN, Luquin AM, Martin MA, López F. Health and social problems of caregivers of patients with dementia. *Aten Primaria*. 1998;22: 481-5.
31. Cooper C, Finne-Soveri H, Topinková E, Carpenter GI, Livingston G. Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:489-97.
32. Lim YM, Song JA, Beattie E. Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Arch Psychiatry Nurs* 2008;22:226-34.
33. Selwood A, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord* 2007;101:75-89.
34. Mason A, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, Drummond M, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess* 2007;11:154-7.
35. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สังคมไทยกำลังเผชิญกับอะไร. เข้าถึงได้ที่ http://hpc12.anamai.moph.go.th/home/LTC53/media_848-R3.pdf. [1 มกราคม 2554]
36. Dries RM, Meiland FJ, Van Tilburg W, Meltenbergh GJ. Effect of meeting centres support program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia. *Aging Ment Health* 2004;8:201-11.
37. Bredthauer D. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr* 2005;38:10-8.
38. Cooper C, Blanchard M, Livingston G. Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: the CARD (caring for relatives with dementia) study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2010;81:592-6.