



นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อม

คุณหญิง อุดมอิทธิพงศ์*, อัญชลี เตมียะประดิษฐ์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เก็บกลุ่มตัวอย่างแบบ consecutive sampling ในช่วงเดือน ตุลาคม 2555 - เมษายน 2556 จำนวน 180 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่ถูกพัฒนามาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดของไพและคาเปอร์ และแบบประเมินสภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental Status Examination : MMSE) ใช้นับ MMSE Thai version 2002 และ Clinical Dementia Rating (CDR) Scale เพื่อประเมินระดับความรุนแรงผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผล : กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 109 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 ช่วงอายุระหว่าง 25 - 59 ปี ร้อยละ 80.5 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 46.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.4 จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 56.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ ลูกหลาน ร้อยละ 88.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.6 มีอาชีพเกษตรกร/งานบ้าน ร้อยละ 37.8 ผู้ดูแลได้รับสุขภาพจิตศึกษา ร้อยละ 71.7 ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนของชุมชน ร้อยละ 52.4 ไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ ร้อยละ 69.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ 6 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 76.1 พบว่าระดับความรู้สึกเป็นภาระที่อยู่ในกลุ่มสูงเป็น เพศหญิง อายุ 25 - 59 ปี สถานภาพโสด อาชีพเกษตรกร ระดับการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญา รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน และมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วย

สรุป : ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ดูแลหลัก เพราะพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความทุกข์และความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง จึงควรมีการประเมินความรู้สึกเป็นภาระในด้านต่างๆ รวมทั้งการประเมินระดับความรู้สึกเป็นภาระ จะทำให้วางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และเลือกวางแผนให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับปัญหาผู้ดูแลหลัก

คำสำคัญ : ความรู้สึกเป็นภาระ, ผู้ดูแลหลัก, สมองเสื่อม

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

**จิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์



BURDEN OF PRIMARY CAREGIVERS IN PATIENTS WITH DEMENTIA

Dussadee Udomittipong, Unchulee Taameeyapradit***

Abstract

Objective : To study the level of burden of primary caregivers in patients with dementia.

Material and Method : A descriptive study included all primary caregivers in patients with dementia from Songkhla Rajanakarindra Psychiatric Hospital during October 2012 - May 2013. The instruments comprised of caregivers and patients demographic data, caregivers burden interviewing developed from the theoretical framework of Pai and Kapur by the researchers, Mini Mental Status Examination, Thai version 2002 (MMSE Thai 2002) and the Clinical Dementia Rating (CDR) Scale were used to evaluate the severity of the patients. Statistics used for data analysis were frequency and percentage.

Results : There were 180 caregivers participated in the study. Most of them were female (n = 109, 60.7%), aged between 25-59 years old (80.5%). Most of their income ranged between 10,001 – 30,000 baht per month (46.7%), Buddhism (76.4%), secondary school level of education or higher (56.7%). The highest proportion of caregivers was the patients' offspring (88.3%). Most caregivers had married (50.6%). Being farmer/housekeeper (37.8%). Caregivers had received psychoeducation (71.7%), followed by without community resource support and home visiting team (52.4% and 69.3% respectively). Length of time in caring for the patient was 6 month - 5 years (76.1%). However, this study found that caregivers who perceived a high level of burden were female, age 25 - 59 years old, single, agricultural careers, diploma or higher, monthly income less than 10,000 thai baht, being wife.

Conclusion : Because of caregivers suffering and high level of a multidimensional of burden were found, all caregivers of patients with dementia should be screened for level of burden and provided the proper intervention and assistance.

Keywords : burden, dementia, primary caregivers

*Registered Nurse, Songkhla Rajanakarindra Psychiatric Hospital

**Psychiatrist, Songkhla Rajanakarindra Psychiatric Hospital

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ประชากรไทยสูงอายุ ประชากรหญิงและชาย ปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 10.3 และ 8.7 เพิ่มจำนวน ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 12.8 และ 10.6 และคาดว่าปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 18.5 และ 15 ตามลำดับ¹ โรคและภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทั้งทางกายและจิตใจย่อมพบมากขึ้นด้วย สำหรับปัญหาทางด้านจิตเวชภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล จะเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญมากขึ้นในด้านต่างๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะมีการสูญเสียความจำ กระบวนการคิดรู้ และเขาวนปัญญาแล้ว ประมาณ ร้อยละ 90 มีของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาทางจิต อารมณ์ พฤติกรรม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ร่วมด้วย² ผู้ป่วยอัลไซเมอร์เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมากขึ้น เนื่องจากต้องมียาช่วยในการดูแลที่สูงมาก รวมทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและปฏิสัมพันธ์ต่อสมาชิกในครอบครัว การพึ่งพิงของผู้ป่วยกับผู้ดูแลก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อผู้ดูแล³⁻⁶

รายงานการศึกษาต่างประเทศกล่าวถึงภาระและความทุกข์ใจของผู้ดูแลในภาพรวม โดยเปรียบเทียบกับประชากรในวัยเดียวกันใช้แบบวัดภาระในบริบทของวัฒนธรรมตะวันตก Papastavrou และคณะ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับที่สูงและมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีภาวะซึม

เศร้า⁷ Serrano-Aguilar and colleagues พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับต่ำกว่า และมีปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกัน⁸ Leinonen Esa และคณะ ศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกและเป็นภาระของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อมที่ไม่มี และมี BPSD ร่วมด้วยพบว่าผู้ดูแลสูงอายุสมองโรคเสื่อมที่มี BPSD มีความรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด และมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหา BPSD และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า⁹⁻¹⁰ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นงานหนักส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต มีเวลาสำหรับส่วนตัว ครอบครัวและสังคมน้อยลง ปัญหาทางการเงินและความเครียดจากการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ จนผู้ดูแลอาจกลายเป็นผู้ป่วยแอบแฝง^{9,11} ความเครียดในผู้ดูแล เช่น อารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วย^{3,12}

บริบทสังคมไทยมีความผูกพันในเครือญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นลูกหลานและคู่สมรส เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้หวังค่าตอบแทน มีค่านิยมว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ รวมทั้งเป็นการแสดงถึงความกตัญญูรู้คุณ¹³ ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอาจมีได้ทั้งทางบวกและทางลบ¹⁰ ซึ่งแตกต่างกับสังคมตะวันตกที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และเป็นผู้ดูแลรับจ้าง ผลทางบวกเช่น ผู้ดูแลมีความสุขใจในการดูแลเนื่องจากการได้ทดแทนบุญคุณ ได้ทำหน้าที่ การได้รับรางวัลตอบแทน ได้เรียนรู้ความหมายของชีวิตเพิ่มขึ้น และการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่าง

ผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁰ ศิริพันธ์ สาสัตย์¹⁴ ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังยืนยันที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ผู้ดูแลให้เหตุผลหลายประการ การดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนพระคุณและมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็น สามเณรหรือเป็นลูกหลาน อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ที่พึงกระทำทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพและความรู้สึกเป็นภาระในหลายมิติเช่นกาย ใจ จิตสังคมของผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ต้องทำด้วยหน้าที่และบริบทของสังคม

ประเทศไทยไม่พบการศึกษาถึงระดับความทุกข์ใจและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้แบบวัดภาระที่เจาะจงกับโรคเพื่อวางแผนการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อลดภาระ แต่มีการศึกษาการวัดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้แบบวัดภาระที่คัดแปลงมาจากโรคเรื้อรังทางจิตเวชและแปลมาจากต่างประเทศ^{11,12,15} คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการประเมินระดับความรู้สึกเป็นภาระที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้แบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากบริบทจริงของผู้ดูแลในสังคมไทย¹⁶

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชชนกนครินทร์รวมทั้งผู้ป่วยนอกและ

ผู้ป่วยใน เก็บกลุ่มตัวอย่างแบบ consecutive sampling ในช่วงเดือน ตุลาคม 2555 - เมษายน 2556 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเกรจซีและมอร์แกน ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 ราย จากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 223 ราย ที่ยินดีตอบรับเข้าร่วม รวมทั้งเข้าเกณฑ์คุณสมบัติ

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย Alzheimer's disease, mixed vascular and degenerative dementia และ unspecified dementia เป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น ดูแลมานานตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปในแต่ละวันดูแลตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป ดูแลอย่างน้อย 3 วัน ใน 1 สัปดาห์

2. อายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารพูดคุย รู้เรื่อง ใช้ภาษาไทยหรือภาษาถิ่นในการสื่อสารได้ดี

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีโรคร่วมทางจิต เช่น จิตเภท โรคซึมเศร้า อารมณ์ 2 ขั้ว และ ไม่มีภาวะ หรือโรคเรื้อรังทางกายที่รุนแรง และปรากฏอาการให้เห็นอย่างชัดเจน

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ชนิด Alzheimer's disease, mixed vascular and degenerative dementia และ unspecified dementia ที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมกันโดยจิตแพทย์ 1 ท่าน ประสาทแพทย์ 1 ท่าน

โดยอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของ DSM IV-TR

2. มีค่าคะแนนจากแบบประเมินสภาพจิตอย่างย่อ (Mini - Mental State Examination: Thai version 2002: MMSE Thai version 2002) ที่มีคะแนน ≤ 22 , ≤ 17 และ ≤ 14 ในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมขึ้นไป, ระดับประถมศึกษา, ไม่ได้เรียนหนังสือ ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้

1.) เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกเป็นภาระที่ถูกพัฒนามาโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดของไพและคาเปอร์¹⁶ ยกร่างแบบสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรม และมีการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย และ focus group discussion

นำยกร่างแบบสัมภาษณ์มาหา content validity เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกาย และโรคเรื้อรังทางจิตเวช โรคสมองเสื่อมได้แก่จิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม นักจิตวิทยาคลินิกประจำคลินิกโรคสมองเสื่อม พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาวิวัฒน์ จากนั้นปรับแก้ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น และนำมาทบทวนขัดเกลาภาษาของแบบวัดภาระในการดูแล ได้ข้อคำถาม ของแบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 20 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ ด้าน

การเงิน สุขภาพร่างกายและจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและครอบครัวรวมทั้งการมีส่วนร่วมของสมาชิก การดูแลและการเข้าถึงบริการ

นำแบบวัดภาระมาทดลอง โดยใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 20 ราย และนำข้อคำถามมาปรับปรุงให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และนำมาใช้กับผู้ดูแลจำนวน 43 ราย คลินิกความจำโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นำมาหาค่าความเชื่อมั่นและค่าอำนาจจำแนกรายข้อทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ เพื่อดูค่าอำนาจจำแนก มีค่าตั้งแต่ 0.39 - 0.80 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

แบบสัมภาษณ์นี้ แบ่งคะแนนตามแนวคิดของ Likert scale จัดระดับความรู้สึกเป็นภาระ 5 ระดับ คือ 0 1 2 3 4 หมายถึง ไม่มี มีเล็กน้อย มีปานกลาง มีมาก มากที่สุดตามลำดับ แบ่งช่วงเกณฑ์ระดับความรู้สึกเป็นภาระ ตามแนวคิดของ Best เป็น 3 ช่วง คือ 0 - 1.33, 1.34 - 2.67, 2.68 - 4 หมายถึง ไม่มีถึงมีน้อยมาก ปานกลาง มาก

2.) เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินสภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental Status Examination : MMSE Thai version 2002)¹⁸ ถ้าพบคะแนน ≤ 22 , ≤ 17 และ ≤ 14 ในผู้ป่วยที่มี ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมขึ้นไป ระดับประถมศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ ตามลำดับ ส่งเข้าเพื่อ
ยืนยันการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ 1 ท่าน
ประสาทแพทย์ 1 ท่าน อิงตามเกณฑ์การ
วินิจฉัยแยกโรคของ DSM IV-TR เพิ่มเติม

2.3 Clinical Dementia Rating (CDR)
Scale¹⁹ คุ้ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

อบรมพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชสูง
อายุ 1 ท่าน ในการใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์
กลุ่มตัวอย่างแบบ face-to-face interview
สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรู้สึกเป็นภาระโดย
พยาบาล (ผู้วิจัย) นักจิตวิทยา 1 ท่าน ใช้ MMSE
Thai version 2002 เพื่อคัดกรองหาภาวะสมอง
เสื่อมโดยนักจิตวิทยา 1 ท่าน ประสาทแพทย์
เป็นผู้สัมภาษณ์ Clinical Dementia Rating
(CDR) Scale

การศึกษานี้ได้เสนอเค้าโครงการวิจัย
แบบชี้แจงสำหรับอาสาสมัครฉบับภาษาไทย
แบบยินยอมจากอาสาสมัคร แบบสัมภาษณ์
การวิจัยและแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่
26/55 ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ดำเนิน
การเก็บใน ช่วงเดือน ตุลาคม 2555 - เมษายน
2556 ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
Statistic analysis) การแจกแจงความถี่ และ
ร้อยละ

ผล

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแล 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 109
คน เพศชาย 71 คน (ร้อยละ 60.7 และ 39.4
ตามลำดับ) ช่วงอายุระหว่าง 25 - 59 ปี มี 145
คน อายุ 60 ปีขึ้นไป มี 25 คน อายุ 16 - 24 ปี มี
10 คน (ร้อยละ 80.5, 13.8 และ 5.6 ตามลำดับ)
ส่วนใหญ่มียารักษาต่อเนื่องอยู่ในช่วง 10,001 -
30,000 บาท ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือรายได้
ต่อเนื่องต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 27.3 นับถือ
ศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.4 รองลงมาคือมุสลิม
ร้อยละ 32.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับสูง
กว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 56.7 รองลงมา
คือประถมศึกษา ร้อยละ 26.6 ผู้ดูแลเป็นลูก
หลาน ร้อยละ 88.3 รองลงมาคือคู่สมรส
ร้อยละ 70.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส
ร้อยละ 50.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม/
งานบ้าน ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือรับราชการ
และรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.1 มีระยะเวลาดูแล
ผู้ป่วย 6 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 76.1 รองลงมาคือ
ดูแลผู้ป่วย 5 - 10 ปี ร้อยละ 16.4 ผู้ดูแลได้รับ
สุขภาพจิตศึกษา ร้อยละ 71.7 โดยส่วนใหญ่ได้
รับสื่อเอกสารร้อยละ 41.3 รองลงมาคือจาก
พยาบาลร้อยละ 30.0 ผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วย
เหลือจากแหล่งสนับสนุนของชุมชน ร้อยละ
47.5 ไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ
ร้อยละ 30.7

ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง ร้อยละ 58.2 ส่วนใหญ่อายุ 60 - 75 ปี
ร้อยละ 46.0 ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ
น้อย ปานกลาง รุนแรง ร้อยละ 81.11, 11.7, 7.2
ตามลำดับ ระยะเวลาที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 180)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	109	60.6
ชาย	71	39.4
อายุ		
16 - 24 ปี	10	5.6
25 - 59 ปี	145	80.6
60 ปี ขึ้นไป	25	13.8
ศาสนา		
พุทธ	121	67.4
อิสลาม	59	32.6
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	49	27.3
10,000 - 30,000 บาท	84	46.7
30,001 - 50,000 บาท	33	18.3
มากกว่า 50,000 บาท	14	7.7
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ลูก/หลาน/รวมลูกสะใภ้และลูกเขย	159	88.3
คู่สมรส	19	10.6
พี่น้อง	2	1.1
สถานภาพสมรส		
สมรส	91	50.6
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	89	49.4
ระดับการศึกษา		
สูงกว่ามัธยมขึ้นไป	102	56.7
ระดับมัธยมศึกษา	30	16.7
ระดับประถมศึกษา	48	26.6
อาชีพ		
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	56	31.1
นักธุรกิจ กิจการส่วนตัว	46	25.6
เกษตรกร/งานบ้าน / รับจ้าง	68	37.7
ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว	10	5.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 180)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแล		
ตั้งแต่ 6 เดือน - 5 ปี	137	76.1
5 ปี - 10 ปี	30	16.7
มากกว่า 10 ปี	13	7.2
สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการดูแล		
ได้	129	71.7
ไม่ได้	51	28.3
แหล่งที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการดูแล		
สื่อเอกสารต่างๆ	75	41.3
พยาบาล	53	30.0
แพทย์	37	20.6
ญาติผู้ป่วยอื่นๆ	15	8.1
ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม		
ได้รับ	85	47.5
ไม่ได้รับ	95	52.5
การเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ		
ได้รับ	55	30.7
ไม่ได้รับ	125	69.3

ร้อยละ 66.6 รองลงมาคือมากกว่า 5 - 10 ปี ร้อยละ 30.4 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.1 และพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนน MMSE Thai 2002 ที่ จุดตัด 17 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 67.2

ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลัก ที่อยู่ในกลุ่มสูง คือเพศหญิง อายุ 25 - 59 ปี มีสถานภาพโสด มีอาชีพเกษตรกร ระดับการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญา รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน เป็นภรรยา ร้อยละ 68.8, 61.4, 67.7, 75.0, 62.8, 65.1 และ 73.7 ตามลำดับ ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในกลุ่มสูง คือกลุ่มที่ไม่เคยได้รับ

สุขภาพจิตศึกษาความรู้เรื่องโรค ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน และไม่ได้ติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพด้านสาธารณสุข คือร้อยละ 60.7, 67.7, 63.0 ตามลำดับ

อภิปราย

ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.2 ส่วนใหญ่อายุ 60 - 75 ปี ร้อยละ 46.0 ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง รุนแรง ร้อยละ 81.1, 11.7 , 7.2 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.5 รองลงมาคือมากกว่า 5 - 10 ปี ร้อยละ 30.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N = 180)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	105	58.2
ชาย	75	41.8
อายุ		
60 - 75 ปี	83	46.0
76 - 85 ปี	81	45.1
85 ปี ขึ้นไป	16	8.9
สถานภาพสมรส		
สมรส	106	58.9
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	74	41.1
อาชีพเดิมก่อนป่วย		
ทำงานบ้าน	59	32.9
เกษตรกรรม	67	37.3
รับจ้างทั่วไป	21	11.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	12.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	6.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	27	15.2
ประถมศึกษา	121	67.1
มัธยมศึกษาขึ้นไป	32	17.7
MMSE Thai 2002		
ไม่ได้เรียนหนังสือ (จุดตัดที่ 14 หรือน้อยกว่า)	33	18.3
ระดับประถมศึกษา (จุดตัดที่ 17 หรือ น้อยกว่า)	121	67.2
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (จุดตัดที่ 22 หรือ น้อยกว่า)	26	14.4
Global CDR		
น้อย	146	81.1
ปานกลาง	21	11.7
รุนแรง	13	7.2
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	120	66.5
5 - 10 ปี	55	30.4
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	5	3.1

ตารางที่ 3 ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล		
	กลุ่มสูง ร้อยละ	กลุ่มปานกลาง ร้อยละ	กลุ่มต่ำ ร้อยละ
เพศ			
ชาย	42.2	57.8	0.0
หญิง	68.8	26.6	4.6
อายุ			
16 – 24 ปี	60.0	40.0	0.0
25 – 59 ปี	61.4	36.6	2.0
60 ปี ขึ้นไป	44.4	55.6	0.0
สถานภาพสมรส			
โสด	67.7	32.3	0.0
สมรส	52.8	41.6	5.6
ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	48.0	52.0	0.0
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	56.3	43.8	0.0
มัธยมศึกษา	46.7	46.7	6.6
สูงกว่าอนุปริญญา	62.8	34.3	2.9
อาชีพ			
เกษตรกร	75.0	25.0	0.0
ทำงานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35.0	65.0	0.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	61.0	33.9	5.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	60.9	34.8	4.3
รับจ้างทั่วไป	50.0	50.0	0.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว			
ต่ำกว่า 10,000 บาท	65.1	34.9	0.0
10,001 - 30,000 บาท	58.0	42.0	0.0
30,001 - 50,000 บาท	56.5	34.8	8.7
มากกว่า 50,000 บาท	50.0	28.6	21.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
บุตร/ลูกเขย/ลูกสะใภ้/หลาน	57.2	39.6	3.2
สามี/ภรรยา	73.7	26.3	0.0
พี่น้อง	0.0	100.0	0.0

ตารางที่ 3 ระดับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล		
	กลุ่มสูง ร้อยละ	กลุ่มปานกลาง ร้อยละ	กลุ่มต่ำ ร้อยละ
การได้รับสุขภาพจิตศึกษาความรู้เรื่องโรคและการดูแล			
ไม่เคยได้รับ	60.7	35.0	4.3
เคยได้รับ	44.9	55.1	0.0
ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน			
ไม่เคยได้รับ	67.7	29.1	3.2
เคยได้รับ	50.0	47.6	2.4
การได้รับติดตามเยี่ยมที่บ้านจากทีมสุขภาพด้านสาธารณสุข			
ไม่เคยได้รับ	63.0	37.0	0.0
เคยได้รับ	58.2	37.7	4.1

จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.1 และพบว่า มี คะแนน MMSE Thai 2002 ที่ จุดตัด 17 หรือ น้อยกว่า ร้อยละ 67.2

จากการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของโรคผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 81.1 ระยะเวลาที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.5 รองลงมาคือมากกว่า 5 - 10 ปี ร้อยละ 30.4 ผู้ป่วยจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.1 และ คะแนน MMSE Thai 2002 ที่จุดตัด 17 หรือ น้อยกว่า ร้อยละ 67.2 อาจอธิบายได้ว่าความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระไม่ได้มาจากระดับความรุนแรงของอาการของโรคเท่านั้น แต่อาจมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น จากตัวผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล การปรับตัวต่อความเครียดของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแล เป็นต้น การศึกษานี้ พบว่าผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.6 อายุอยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 80.6 มีความสัมพันธ์เป็นลูกหลาน เป็นคู่สมรส

ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้หวังค่าตอบแทน (informal caregivers) ร้อยละ 88.3 และ 10.6 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อมพบระดับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระที่อยู่ในกลุ่มสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserlian ของ ธีรรัตน์ คณึงเพียร²⁰ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนามนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ ในผู้ดูแล 10 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 45 - 64 ปี เพศหญิงรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่า วัฒนธรรมและสังคมไทย ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เพศหญิง เพศชาย อาจมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม คือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดู และเป็นที่คาดหวังให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านให้การช่วยเหลือ

ผู้อื่นและช่วยเหลือสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว²¹ เช่นเดียวกับการศึกษา ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยของศิริณี ศรีหาคาศ และคณะ²² โดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล 187 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การวิจัย 13 ตำบล 9 จังหวัด ครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.0 อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง มีภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพด้วย โดยพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู ส่วนภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจจากการสำรวจ พบมากที่สุดคือ 4 ใน 5 ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง ทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบทั้งด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแล มีความรู้สึกเป็นภาระและมีความรู้สึกของอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล เศร้า และเครียดอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดภาระและผลกระทบด้านอารมณ์มากที่สุด คือพบได้ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลทั้งหมด อัญชุลี เตมียะประดิษฐ์ และคณะ⁹ ศึกษาปัญหาด้าน อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชชนกรินทร์ จำนวน 158 ราย พบว่า

ร้อยละ 90.1 ผู้ป่วยมีอาการ BPSD ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป¹⁰ กลุ่มสมรสของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD มีความทุกข์และมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหา BPSD^{11,23} การทบทวนวรรณกรรมของ Suk Jung Han²⁴ จาก 45 การวิจัยเชิงปริมาณ พบความสัมพันธ์ของเพศภาวะกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คือเพศหญิงจะมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย

ในการศึกษานี้พบว่าระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลักที่มีระดับสูง ในกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าอนุปริญญาขึ้นไปพบถึงร้อยละ 62.8 การศึกษาของ Lusièni Diel²⁵ และคณะ ศึกษาในระยะยาวกับระดับของภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มผู้ดูแลและไม่ใช่กลุ่มผู้ดูแลเปรียบเทียบกัน กลุ่มละ 25 คน พบว่าระดับความรู้สึกในการเป็นภาระของผู้ดูแลที่ดูแลมากกว่า 1 ปี จะสูงในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับสูง อธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาที่สูงจะเป็นผู้ที่มีการงานประจำ ต้องใช้เวลามากขึ้นในการทำงาน รู้สึกเหน็ดเหนื่อย เพราะต้องกลับมาดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้อาจจะพลาดโอกาสในการก้าวหน้าในอาชีพและโอกาส²⁶ รวมทั้งมีความความเครียดและแรงกดดันจากการถูกคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ถูกมองจากคนรอบข้างจากภาระในการดูแล²⁷ แต่การศึกษาของชาญกัญญา ตันติลีปกร³⁸ กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความไม่มั่นคงในงานขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดใน

การนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือ ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก²⁹ ระดับการศึกษา มีผลต่อสภาวะทางอารมณ์การศึกษาสูงจะมี ส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดี ขึ้น

ระดับความรู้สึกเป็นภาระจะต่ำใน ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เคยได้รับ สุขภาพจิตศึกษาความรู้เรื่องโรคและการดูแล กว่าผู้ดูแลหลักที่ไม่เคยได้รับร้อยละ 44.7 และ 60.7 ตามลำดับ งานวิจัยของ Saeed Pahlavanzadeh และคณะ³⁰ และของ Signe A และ Elmstahl³¹ ศึกษาแบบ RCT สนับสนุนให้เห็นว่าการให้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลสามารถ ลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในกลุ่ม ทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุม มีการศึกษา แบบ meta-analysis ของ Acton G และ Kang J³² พบว่าโปรแกรมการให้จิตสังคมบำบัด เช่น สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มสนับสนุน การให้ความรู้ การให้บริการปรึกษา เป็นต้น จะช่วยลดความ รู้สึกเป็นภาระได้ การศึกษานี้พบว่าระดับ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลสูงในกลุ่มที่ไม่ เคยได้รับสุขภาพจิตศึกษาความรู้เรื่องโรค ไม่ เคยได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน ในชุมชน และไม่ได้รับติดตามเยี่ยมบ้านจาก ทีมสุขภาพด้านสาธารณสุข ร้อยละ 60.7, 67.7, 63.0 ตามลำดับ มีการศึกษาของ Amit Dias และคณะ³³ พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยใช้ ทรัพยากรของชุมชน และใช้คนในชุมชนจะได้ ผลดีในการลดภาระให้แก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ยัง พบว่าการสนับสนุนให้มีทีมสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง ในการเยี่ยมบ้านยังช่วยลดภาระแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมได้มาก การสนับสนุนให้มีการใช้

ทรัพยากรในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเยี่ยมบ้าน จะทำครอบคลุมและได้ผลมากขึ้นในการดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการศึกษาวิจัยที่สนับสนุน ว่าการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม การให้ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม และการให้มี ปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสังคมในทางบวกช่วย ลดภาระของผู้ดูแล³⁴⁻³⁸

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของ โรคอยู่ในระดับน้อย ระดับความรู้สึกเป็น ภาระผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่าระดับ ความรู้สึกเป็นภาระที่อยู่ในกลุ่มสูง ได้ แก่ เพศหญิง อายุ 25 - 59 ปี มีสถานภาพโสด มีอาชีพเกษตรกรกรรม ระดับการศึกษา สูงกว่า อนุปริญญา รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน มีความสัมพันธ์เป็นภรรยา ร้อยละ 68.8, 61.4, 67.7, 75.0, 62.8, 65.1 และ 73.7 ตามลำดับ

ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลสูงใน กลุ่มที่ไม่เคยได้รับสุขภาพจิตศึกษาความรู้เรื่อง โรค ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากแหล่ง สนับสนุนในชุมชน และไม่ได้รับติดตามเยี่ยม บ้านจากทีมสุขภาพด้านสาธารณสุข ร้อยละ 60.7, 67.7, 63.0 ตามลำดับ

ระดับความรู้สึกเป็นภาระเป็นค่าเฉลี่ย จาก ปัญหา สุขภาพกาย ใจอารมณ์ เศรษฐกิจ การ มีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและการ มีเวลาส่วนตัวรวมทั้งการเข้าถึงบริการ ควร ให้ความสำคัญในการดูแลความช่วยเหลือกับ ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาถึงภาระแต่ละด้านแยกกัน เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดเพื่อกำหนดแผนการดูแลให้ตรงกับปัญหาของผู้ดูแล

2. ควรมีงานวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดระดับความรู้สึกเป็นภาระฉบับภาษาไทย ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เพื่อนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยและควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อดูผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ

ข้อจำกัดงานวิจัย

เป็นการศึกษางานวิจัยในโรงพยาบาล (Hospital Based Study) ควรศึกษาในชุมชนด้วย และข้อคำถามของแบบวัดภาระเป็นผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นด้านลบไม่มีข้อคำถามด้านบวก

เอกสารอ้างอิง

1. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513 - 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543 - 2568. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. Am J Psychiatry 2000; 157: 708-14.
3. Sittironnarit G. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Concept and Treatment. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56 (4): 449-62.

4. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai 2001; 84(4): 461-7.
5. Burns A, Iliffe S. Alzheimer's disease. BMJ 2009; 338: 464-71.
6. Salguero RH, Kohn R, Salguero LF, Marotta CA. Caregivers of persons with Alzheimer's Disease: cultural differences in perceived caregiver burden in Guatemala and Rhode Island. J Cross Cult Gerontol 1998; 13(3): 229-40.
7. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. Journal of Advanced Nursing 2007; 58(5): 446-57.
8. Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J, Yanes-Lopez V. Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. Neuroepidemiology 2006; 27(3): 136-42.
9. Leinonen E, Korpisammal L, Pulkkinen LM, et al. The comparison of burden between caregiving spouses of depressive and demented patients. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16(4): 387-93.
10. Prof Inferm. Positive and negative impact of caregiving to older adults: a structural equation model 2011; 64(4): 237-48.
11. ชนัญชิตาคุษฎี พูลศิริ, รัชนี สรรเสริณ, วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2554; 4(1): 62-75.
12. Taameeyapradit U, Udomittipong D, Assanangkornchai S. Development of a burden scale for caregivers of dementia patients. Asian J

- Psychiatr 2014; 8: 22-5.
13. Taameeyapra U, Udomittipong D, Tepparak N. Characteristics of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Severity and Levels of Distress on Caregivers. J Med Assoc Thai 2014; 97(4): 423-30.
 14. Siriphan S. Gerontological nursing common problems and caring guideline. Chulalongkorn university press. Bangkok; 2006.
 15. ศิริวรรณ คະเนนอก. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อการระงับการดูแลของผู้ดูแลโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
 16. Pai S, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. British Journal of Psychiatry 1981; 138: 332-5.
 17. Krejcie RV, Morgan DW. Determine sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-10.
 18. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปี 2544.
 19. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology 1993; 43(11): 2412-4.
 20. ธิดารัตน์ คณิงเพียร. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารกองการพยาบาล 2556; 4(1): 57-66.
 21. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การส่งเสริมบทบาทสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2537; 12(4): 33-8.
 22. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. การศึกษาเรื่องผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2557.
 23. Charernboon T, Phanasathit M. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. J Med Assoc Thai 2014; 97(5): 560-5.
 24. Suk JH, Seyune L, Ji YK, Hongsoo K. Factors associated with family caregiver burden for patients with dementia: A Literature Review. J Korean Gerontol Nurs 2014; 16(3): 242-54.
 25. Diel L, Forster LM, Kochhann R, Chaves MLF. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients' caregivers who participate in a support group. Dement. Neuropsychol 2010; 4(3): 232-7.
 26. Enright RB, Firss L. Employed caregivers of brain-impaired adults: An assessment of dual role (Final report submitted to the Gerontological Society of America). San Francisco, CA: Family Survival Project 1987.
 27. พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, หทัยวัน สนั่นเอื้อ. ความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มสตรีของผู้ป่วยโรคจิตที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(3): 14.
 28. ชาญกัญญา ตันติลีปกร. การศึกษาภาวะซึมเศร้าสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณ ในกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตเวชคลินิก 2547; 35: 70-3.
 29. Jalowice A, Power MJ. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nursing Research 1986; 30: 10-5.

30. Saeed P, Fatemeh GH, Jahangir M, Zahra G, Saeed S. The effects of family education program on the caregiver burden of families of elderly with dementia disorders. *Iran J Nurs Midwifery* 2010; 15(3): 102-8.
31. Signe A, Elmståhl S. Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scand J Caring Sci* 2008; 22(1): 98-109.
32. Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. *Res Nurs Health* 2001; 24(5): 349-60.
33. Amit D, Michael ED, Jean D, Rajesh D, Dilip D. Motghare KSS, Rajiv M, Martin P, Vikram P. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLoS One* 2008; 3(6): 2333.
34. The Joanna Briggs Institute. Assisting caregivers to support people with dementia Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals 2010; 14(9): 1-4.
35. Han JW, Jeong H, Park JY, Kim TH, Lee DY, Lee DW et al. Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014; 26(10): 1639-48.
36. Roth DL, Mittelman MS, Clay OJ, Madan A, Haley WE. Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging* 2005; 20(4): 634-44.
37. Henry B, Marika D. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11(2): 217-28.
38. Baila M, Shenyang G. Social Support for Spouse Caregivers of Persons With Dementia. *J of Gerontology: Socila Sciences* 2000; 55(3): 163-72.