

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จุฑาทิพย์ ศรชัย*

อาภาพร เผ่าวัฒนา** พัชรพร เกิดมงคล***

บทคัดย่อ

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนานและเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนถึงขั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในคลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับติ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งเป็น 8 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแล การรับรู้ในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล ($r = 0.20, 0.17, 0.21$ ตามลำดับ $p\text{-value} < .05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ($r = -0.19, -0.16, -0.29, -0.21$ ตามลำดับ, $p\text{-value} < .05$) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 14.6

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวและอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม/ ผู้ดูแลหลัก

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Related to Depression of Caregivers of Older Adult with Dementia

Chutatip Sornchai*

Arpaporn Powwattana** Patcharaporn Kerdmongkol***

Abstract

Dementia is a chronic disease with long progression and growing severity with increasing age. If dementia progresses as continually to the point that patients are unable to support themselves, patients are required more care with effects on caregivers in many areas. This study was a descriptive research aimed to examine the factors related to depression in caregivers of older adult with dementia by using the conceptual framework of Ecological model of health behavior. The subjects were 160 primary caregivers who took older adult with dementia for treatment at the Older Adult Clinic and the Memory Clinic, Out-Patient Department, Ramathibodi Hospital. Data collection was carried out from July to September 2017. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and multiple regression statistics with significance set at .05

Findings indicated that the participants had depression 6.3%. The factors positively correlated with depression in caregivers of older adult with dementia are age, chronic disease and length of care ($r = 0.20, 0.17, 0.21, p\text{-value} < .05$). The factors negatively correlated with depression in caregivers of older adult with dementia are care readiness, relationships between caregivers and older adult with dementia, caregivers' social support and participation in activities of the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Thailand ($r = -0.19, -0.16, -0.29, -0.21, p\text{-value} < .05$). Caregivers' social support, age and length of care were able to predict depression in caregivers at 14.6 %.

The findings can be applied as a guideline for enabling caregivers of older adult with dementia cope and manage problems appropriately as they adapt and live with older adult with dementia happily while having good quality of life.

Keywords: Depression/ Older adults with dementia/ Primary caregiver

Article info: Received May 2, 2019; Revised December 25, 2019; Accepted August 23, 2020.

* Graduate student in Master of Nursing Science Major in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนานและเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น¹ มีการเสื่อมหน้าที่ของการรับรู้และเข้าใจปัญหา จนรบกวนการทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และบางครั้งอาจมีอาการของโรคจิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย² หากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนถึงขั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลทำให้เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว เกิดความต้องการการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการดูแลที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรง การเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นจึงเป็นการเพิ่มบทบาทเดิมที่มีอยู่ อีกทั้งการดำเนินโรคของผู้ป่วยเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก ได้แก่ การที่ได้ดูแลผู้ป่วย เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูทดแทน การได้ตอบแทนบุญคุณ รู้สึกมีความสุขเมื่อได้ดูแลบุคคลที่ตนเองรัก การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ³ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ส่วนผลกระทบด้านลบ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ภาวะ

เศรษฐกิจ ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาของพาวูมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง⁴ โดยใช้แบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory: CBI พบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบด้านเวลาต่อผู้ดูแลมากที่สุด กล่าวคือ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน รองลงมาได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยของ ศิราณี ศรีหามาศ และคณะ⁵ ในเรื่องภาระและผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผลกระทบด้านร่างกาย ร้อยละ 52.8 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 38.9 มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และร้อยละ 8 มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 9 ต้องลาออกจากงานประจำหรือหยุดงาน เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวขาดรายได้ ร้อยละ 18 ที่เคยมีรายได้จากการทำงานประจำมีรายได้ลดลง และร้อยละ 20.55 รู้สึกสูญเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ เช่น โอกาสในตำแหน่งหน้าที่การทำงานรายได้ และ สังคม เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องการผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ทำให้บางครั้งครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ผลกระทบด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86 ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 6 เกิดความขัดแย้งและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและญาติพี่น้อง ทำให้เกิดการทอดทิ้งและผลกระทบให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ผลกระทบด้านอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 86 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด เศร้า เนื่องจากในช่วงที่ผู้สูงอายุอยู่ในระยะสมองเสื่อมปานกลาง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ขาดประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม แต่ต้องอยู่ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาเกิดความรู้สึกเครียด และบางครั้งเกิดการทะเลาะกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก “ดูแลแล้วเป็นบุญหรือบาป”⁵ จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ดูแล เป็นความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ขัดแย้งทางอารมณ์ความรู้สึก เกิดความเครียด ความโกรธ ความละอายและเกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกสูญเสียต่อตนเอง และเมื่อความต้องการการดูแลมีมากกว่าแรงสนับสนุนที่มีอยู่ ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรู้สึกหมดพลังอำนาจ ความเครียดที่เกิดขึ้นมักส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าได้

จากรายงานของ National Family Caregiver Alliance⁶ พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมผ่านประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาหรือเป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานาน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (HADS) ของพชรมณต์ ลำเสียงพล⁷ พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12 โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอและต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่ยับยั้งชั่งใจ จากการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ของ ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ⁵ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดอารมณ์เศร้า โดยร้อยละ 15 มีอาการร้องไห้เสียใจบ่อย รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดความรู้สึกลำบากใจในโชคชะตาของตนเอง และจากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ⁸ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติ ร้อยละ 42.9 เกิดความเครียด และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติร้อยละ 76.2 เกิดความเครียดจากการดูแลหากความเครียดคงอยู่เป็นเวลานาน การตอบสนองทางอารมณ์ก็จะคงอยู่และอาจมีการตอบสนองที่มากขึ้น เพราะบุคคลไม่มีโอกาสที่จะคืนความสมดุลทางอารมณ์ได้ ทำให้รู้สึกถึง

เครียดและวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อยๆ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด⁹

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน เช่น ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ^{10,11} อายุ¹¹ ระดับการศึกษา¹² โรคประจำตัว¹² สถานภาพสมรส¹³ รายได้¹⁴ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย¹⁴ ความพร้อมในการดูแล¹⁵ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว¹⁶ ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁷ และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ได้แก่ นโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีการจัดตั้งสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมขึ้น¹ ในเดือนกรกฎาคม 2541จากการรวมตัวกันของบรรดาญาติผู้ป่วย และผู้ที่พร้อมจะให้ความสนับสนุน มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล ให้ความเข้าใจและติดตามความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ดำเนินการให้มีการค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกของโรค ประสานงานสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามีความหลากหลายทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยเชิงเดี่ยวโดยศึกษาเฉพาะปัจจัยในแต่ละระดับ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้

ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ซึ่งกล่าวว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคล ดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ โดยผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยในการศึกษา ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากในสภาวะปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแล การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง และส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไรและมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

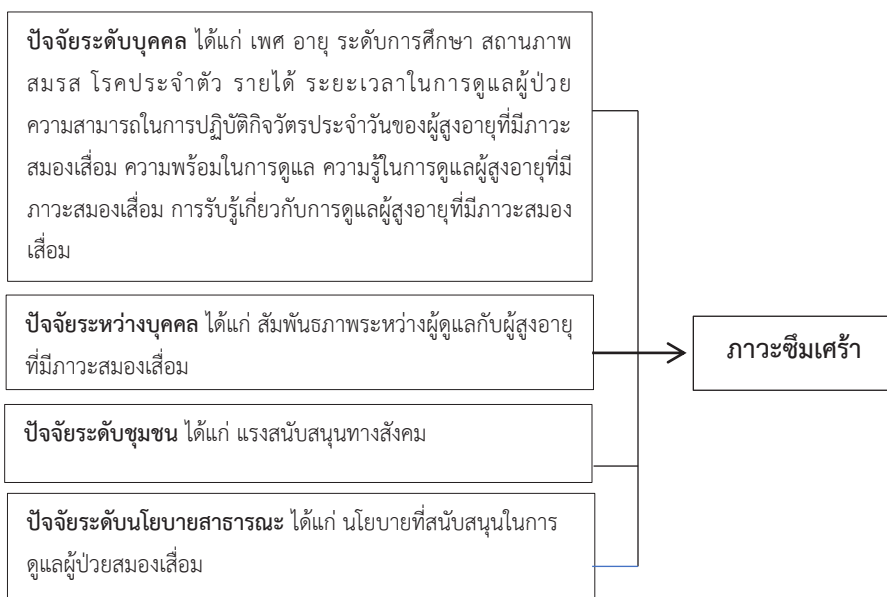
2. ระดับการศึกษา รายได้ ความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม นโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมอง

เสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม นโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ซึ่งกล่าวว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับชุมชน และนโยบายสาธารณะ



กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารามาศี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในคลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารามาศี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 โดยเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ในฐานะ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติที่พักอาศัย

อยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1999) โดยใช้ค่า p คือ สัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาของพรรณนธ์ ลำเลียงพล มีค่าเท่ากับ 0.12 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 145 คน ทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ร้อยละ 10 รวมทั้งหมด 160 คน เก็บข้อมูลในญาติผู้ป่วยทุกคนที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 144 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบชนิดเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมิน The Barthel ADL index จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ใช้เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดินทาง การเคลื่อนที่ การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำเช็ดตัว สุขาวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ การขึ้นลงบันได โดยคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มากขึ้นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของสจ๊วต และอาร์ชโบลต์ พัฒนาโดย สุปราณี สมบูรณ์¹⁵ จำนวน 28 ข้อ เพื่อสอบถามความ

พร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม 8 ด้าน รูปแบบการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มี ความพร้อม มีความพร้อมในการดูแลน้อย มีความพร้อมในการดูแลปานกลาง มีความพร้อมในการดูแลมาก และมีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.93 ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.62

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรค การจัดการปัญหาในการดูแล ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม กิจกรรมบำบัดและการมาพบแพทย์ ตามนัด รูปแบบการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.84 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยคมสัน แก้วระยยะ¹⁹ ตามแนวคิดและทฤษฎีขององค์ประกอบสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือร่วมกับ
 ดัดแปลงส่วนที่ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่าง
 ผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ที่ได้รับการดูแล (Family
 Caregiver Inventory: The Caregiver View)
 จำนวน 20 ข้อ ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล
 ในครอบครัวกับผู้ที่ได้รับการดูแล 2 ด้าน รูปแบบ
 การประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ
 ตั้งแต่ ตรงกับความรู้สึกและสภาพจริงมากที่สุด
 ตรงกับความรู้สึกและสภาพจริงมาก ตรงกับ
 ความรู้สึกและสภาพจริงน้อย และไม่ตรงกับ
 ความรู้สึกหรือสภาพจริงเลย มีค่าสัมประสิทธิ์
 ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient)
 เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุน
ทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง
เสื่อม ใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมส่วน
 ที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire:
 PRQ85 Part II) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย ขมนาต
 วรรณพริศรี²⁰ ตามแนวคิดของแบรนท์และไวเนอร์ท
 (Brandt & Weinert)²¹ จำนวน 24 ข้อ
 ประกอบด้วย 5 ด้าน รูปแบบการประเมินเป็นแบบ
 มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ตรงกับความเป็
 นจริงมากที่สุด ตรงกับความเป็นจริงมาก ตรงกับ
 ความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ ตรงกับความเป็นจริง
 เพียงเล็กน้อย และไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย มี
 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha
 coefficient) เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai
Depression Inventory) พัฒนาโดย มาโนช
หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์²² ใช้วัดระดับ

ภาวะซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์
 ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการ
 ปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20
 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง
 3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจ
 ตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกตอบ
 ข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุด นำคะแนนทุกข้อมา
 รวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน
 แล้วนำมาเทียบระดับความรุนแรงของภาวะ
 ซึมเศร้า คือน้อยกว่า 21 คะแนน ไม่มีภาวะ
 ซึมเศร้า 21-25 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน
 26-34 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง 35-
 40 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และมากกว่า
 40 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก มีค่า
 สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha
 coefficient) เท่ากับ 0.92

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 4 และ
 ส่วนที่ 5 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ไป
 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
 จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข นำ
 แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 30 ราย ที่เข้า
 รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตน์ ซึ่งไม่ได้ถูก
 เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อ
 ตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อ
 คำถามแต่ละข้อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการ
 วิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
 รามารัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ 01-60-45

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายถึงวิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยการทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise method ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ โดยตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.4 มีอายุเฉลี่ย 56.8 ปี (S.D.=13.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 51.3 และมีการศึกษาระดับอุดมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 72.5 มีรายได้เฉลี่ย 26,285.8 บาทต่อ

เดือน (S.D.=26203.3) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.8 มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 5.8 ปี (S.D.= 4.6) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแล 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 69.4 รองลงมาคือเป็นสามี ร้อยละ 10.6 โดยผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.9 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.1 ไม่มีภาระในการดูแล ร้อยละ 63.8 และมีภาระในการดูแล ร้อยละ 36.4 โดยส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.8 มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.8 มีการรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.8 มีสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.4 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 73.1 และเคยเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 26.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 86.2 และเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 13.8 และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ ไม่เป็นภาระพึ่งพามากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือเป็นภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 25.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ 1.9 และภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ร้อยละ 0.6 ร้อยละ 93.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.3 โดยแยกออกเป็นภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ 3.8

Table 1 Correlations between Personal Factors, Interpersonal Factors, Community Factors and depression among caregivers of older adult with dementia analyze by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. (n = 160)

Factors	Pearson's Product	
	Moment Correlation Coefficient (r)	p-value
Sex	0.04	0.61
Age	0.20	0.01*
Marital status	0.12	0.13
Chronic diseases	0.17	0.03*
Length of care	0.21	0.01*
Income	-0.13	0.09
Level of education	-0.10	0.21
Severity of dementia	-0.05	0.53
Care readiness	-0.19	0.02*
Care knowledge	-0.12	0.14
Perception of care	-0.12	0.15
Relationships	-0.16	0.04*
Social support	-0.29	0.00*
Participation in activities of the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association	-0.21	0.01*
Membership in the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association	-0.01	0.90

* p-value < 0.05

Table 1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า อายุโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.120, 0.17, 0.21$ ตามลำดับ) ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.19, -0.16, -0.29, -0.21$ ตามลำดับ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

Table 2 Factors Predicting Depression among caregiver of Older adult with Dementia using Multiple Regression Analysis with the Stepwise Method.

Predictive Factors	B	Beta	t	p-value
Social support	-0.142	-0.304	-4.085	.000
Age	0.127	0.215	2.868	.005
Length of care	0.264	0.158	2.124	.035

p-value < 0.05, $R^2 = 0.162$, Adjusted R Square = .146, Constant = 0.038, $F = 10.086$, p-value = .000

จาก Table 2 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise method พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ประกอบไปด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 14.6 และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (Beta = -0.304) รองลงมา คือ อายุของผู้ดูแล (Beta = 0.215) และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Beta = 0.158)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.3 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ 3.8 ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ 1.9 และภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพชรมณท์ ลำเลียงพล⁷ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการรักษาโดยพบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 79.4 มีอายุเฉลี่ย 56.8 ปี (S.D.= 13.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.9 การที่ผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในชีวิตมาก ทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทผู้ดูแลได้นาน²³ ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 26,285.8 บาทต่อเดือน (S.D.= 26203.3) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และมีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 72.5 ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถใช้เหตุผล หาวิธีแก้ปัญหาได้ดี สามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และยังสามารถแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ^{14,24} จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกกดดัน และไม่เกิดความเครียด และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8 และมีการรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.8 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลายด้าน ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะในการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการการดูแล เพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้²⁵ และการที่มีการรับรู้ ทศนคติที่ดีในการดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีในการดูแล ก็จะทำให้เกิดความเครียด และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ประกอบกับการมีนโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยทางสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีการฟังบรรยายและเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย (Support Group) ณ ศูนย์เสริมพลังสร้างสุขภาพ ชั้น 1 อาคารเรียนรวมและปฏิบัติการโรงพยาบาลรามาธิบดี ทุกวันอาทิตย์ที่ 4 ของเดือน มีจดหมายข่าวจากสมาคม เพื่อให้สมาชิกได้รับทราบความเคลื่อนไหวและกิจกรรมต่างๆ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำในเรื่องสถานที่บำบัดความเข้าใจในเรื่องโรคและความช่วยเหลือด้านอื่นๆ การให้ความรู้ความเข้าใจ เอกสาร VDO เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การจัดเตรียมสถานที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวัน กลุ่มสัมพันธ์สำหรับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 5.8 ปี (S.D.=4.6) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแล 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือระยะเวลาในการดูแล 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.1 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานอาจเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้ดูแล ทำให้มีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น¹⁴ ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.6 ยังสามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครอบครัวและสังคมได้ อาจเนื่องมาจากการได้รับการรักษาที่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระ ไม่เกิดความเครียดจากการดูแล และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.8 แสดงให้เห็นว่า ความพร้อมในการดูแลส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ได้รับการยอมรับและเข้าใจสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม²⁶

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสัมพันธ์ภาพด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =2.3, S.D.=0.4) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =2.2, S.D.=0.5) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความเคารพ

และยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงตลอดจนอาจมีปัญหาเรื่องความจำ ความสนใจ การตัดสินใจหรือพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การที่ผู้ดูแลมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุนั้นจะช่วยให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะมีปฏิสัมพันธ์หรือการแสดงออกซึ่งการช่วยเหลือต่อกัน ก่อให้เกิดความพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข²⁷ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ด้านความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.9 และมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.6, S.D.=0.7) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยป้องกันและลดข้อบกพร่องรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียด²⁸ แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง²⁹ และสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม คือ ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ซึ่งกล่าวว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ช่วยป้องกันและดูดซับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด ทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น การที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความผูกพันใกล้ชิดจาก บุคคลรอบข้าง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ได้ถึงคุณค่าของตนเอง มีโอกาสได้ช่วยเหลือบุคคลรอบข้าง ได้รับความช่วยเหลือและได้รับกำลังใจที่ดี ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดี ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลอีกด้วย

ประกอบกับ อายุของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุก่อนช่วงเยาะ ซึ่งบุคคลในวัยนี้ จะมีประสบการณ์ในการดูแล มีความสามารถในการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดี แต่การที่ผู้ดูแลมีอายุมาก ภาวะสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัย สภาพร่างกายที่เสื่อมถอย จำนวนเซลล์สมองที่ลดลง สารสื่อประสาท ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางกายร่วม ประกอบกับระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของอารมณ์ในทางลบ แม้ว่าบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากจะมีการปรับตัว แต่การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ลบอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจึงทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาได้

จุดอ่อนของการศึกษาในงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่พาผู้สูงอายุมาได้รับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดีเท่านั้น ปัจจัยในการศึกษาในครั้งนี้ในส่วนของอิทธิพลจากระบบนิเวศจึงมีข้อจำกัด อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่านั้น

จุดแข็งของการศึกษาในงานวิจัย

เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากในสภาวะปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ และโรคที่ผู้สูงอายุมักเป็นอยู่เสมอคือ โรคสมองเสื่อม ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแล การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีร้อยละ 6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 14.6

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ด้านปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

1. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินคุณภาพการดูแล และสังเกตภาวะเครียดในผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกรุนแรงในผู้ดูแล ให้ข้อมูล ความรู้ เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านของตน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผน มีความมั่นใจใน

บทบาทผู้ดูแล ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหรือบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

2. ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์และด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลต่ำที่สุด ดังนั้นจึงควรจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล เน้นการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับญาติระหว่างให้การดูแล การจัดกลุ่มสนทนาสำหรับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เป็นต้น

3. ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก และมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ดังนั้น ควรจัดหาผู้ดูแลแทน หรือควรมีการเตรียมสมาชิกภายในบ้านให้ช่วยในการดูแล เพื่อลดความเครียด หรือความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแลที่อาจจะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาจะพบว่า สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีการจัดกิจกรรม การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้ว แต่จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้น ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใช้บริการ ศึกษาหาความรู้ในการดูแล เพื่อเป็นการลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลและเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลอีกทางหนึ่ง

2. ควรมีศูนย์การให้ข้อมูล แนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีเบอร์โทรศัพท์ให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทที่ต่างออกไป เช่น ในชุมชน เป็นต้น เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะ

ศึกษาในเขตเมือง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจมีความหลากหลายและแตกต่างกัน

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมกระตุ้นการทำงานของสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นการลดความรุนแรงของโรค คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะการพึ่งพา และลดผลกระทบต่อผู้ดูแล

References

1. The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association. About Association [Internet]. 2010 [cited 2017 August 28]. Available from: <http://www.azthai.org>
2. Srisurapanont M, Dissayawanit J. Textbook of psychiatry. Chiang mai: Sangsilp; 1999.
3. Nitchapa M, Chamaiporn K, Supasit P, Vipap P, Satayavongthip B. Role of Family Caregivers for The Elderly with Alzheimer's Disease. Journal of Nursing and Health Sciences 2012; 6(2): 122-3. (in Thai)
4. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand 2013; 58(1): 101-10. (in Thai)
5. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
6. Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving. Selected caregiver statistics [Internet]. 2001 [cited 2011 October 19]. Available from: <https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-demographics>.
7. Lamliangpon P. Anxiety-depression and quality of life in dementia caregivers. Journal of Mental Health of Thailand 2015; 23(2): 112-24. (in Thai)

8. Tangchurat S. A comparative study of burdens and stress between relative and non-relative caregiver of alzheimer' s disease patients. [Master thesis (Mental Health)]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
9. Otrakun A. Mental health. Bangkok: Wphat; 1997.
10. Chirawatkul S. Depression in middle-aged women. Bangkok: Dansudtankarnpim; 2003.
11. Ounnapiruk L. Gerontological Nursing: Neurological problems. Bangkok: Boonsirikarnpim; 2009.
12. Beck, A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: International Universities Press; 1967.
13. Trangkasombat U. Create EQ for life. Bangkok: Suntakarnpim; 2004.
14. Orem, D.E. Nursing: Concepts of practice St. Louis: Mosby-Year Book; 2001.
15. Somboon S. Caregiving Preparedness Among Caregivers of Persons with Dementia Attending at Suan Prung Psychiatric Hospital. [Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
16. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand 2012; 57(3): 335-46. (in Thai)
17. Mazure, C. M. Life Stressors as Risk Factors in Depression. Clinical Psychology: Science and Practice 1998; 5(3): 291–313.
18. Kaewraya K. Relationships between personal factors, ability of elderly to perform daily living activities, elderly and elderly caregiver relationships and role stress of caregiver of the elderly in Petchaburi Municipality, Petchaburi Province. [Master of Nursing Science (Nursing Education)]. Bangkok: Chulalongkorn University, 1997.
19. Wannapornsiri C. Relationship Between Social Network, Social Support and Mental Health of Nurses in Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok Province. [Master of Nursing Science (Medical and Surgical Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University, 1992.

20. Brandt, P.A., Weinert, C. The PRQ-85 A Social support measure. *Nursing Research* 1985; 30:272-80.
21. Lotrakul M, Sukanich P. Thai Depression Inventory. *Journal of the Medical Association of Thailand* 1999; 20(1):17-9.
22. Wimolrat P. Promoting the role of family caregiver. *Journal of Nursing Science* 1994; 14(4):33-8.
23. Kamwongpin M. Stress Coping Styles and Social Support of Suicide Attempters. [Master of Nursing Science (Mental health and psychiatric nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000.
24. Yodpet S. Elderly caregiver. Thammasat University: Bangkok; 2004.
25. Stewart BJ, Archbold PG. New measures of concepts central To and understanding of an caregiving. Unpublished manuscript. School of Nursing, Oregon Health Sciences University; 1986.
26. Chaidaroon S. Relationships between Faculty-Student Helping Relationship and Clinical Nursing Experience of Student Nursing in Private Higher Education Institutions. [Master thesis (Nursing Education)]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1994.
27. Beeber LS. Depression in women. In A. B. McBride & J. K. Austin (Eds.), *Psychiatric-mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1996.
28. Thiangthum W, Lagampan S, Powwattana A. Community capacity building: concept and applications. Danex Intercorporation: Bangkok; 2012.