



# ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

## Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients

ธิติพันธ์ ธานีรัตน์\*, เยาวลักษณ์ พันิตังกูร\*, ตันติมา ด้วงโยธา\*, อุบุญรัตน์ ภูริราช\*, ปิยนุช กิมเสาว\*

Thitiphon Thaneerat\*, Yauwalux Panitangkool\*, Tuntima Doungyota\*,  
Uboonrat Tooreerach\*, Piyanoot Kimsao\*

\* โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, สุราษฎร์ธานี

\* Suansaranrom Hospital, Suratthani

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

**วิธีการศึกษา** ศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (โรงพยาบาลจิตเวช) จำนวน 230 ราย โดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย แบบวัดความเชื่อพลังอำนาจภายในตน แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบวัดเหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปี แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบวัดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ binary logistic regression

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.5) อายุเฉลี่ย 40.7 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 41.7) และไม่มีภาวะหนี้สิน (ร้อยละ 60.0) โดยดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียว (ร้อยละ 72.2) ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์ เป็นญาติกับผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ดูแลมีอายุเฉลี่ย 72.3 ปี ระยะเวลาในการดูแลกันมาเฉลี่ย 8.7 ปี มีโรคทางจิตเวชเพียงอย่างเดียว ไม่มีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 89.6) โดยแบ่งตามการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่มอารมณ์มากที่สุด (ร้อยละ 41.3) จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 และภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 28.3 โดยวิเคราะห์พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง (adjusted OR = 4.15, 95% CI = 1.86-9.23) มีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย (adjusted OR = 3.29, 95% CI = 1.39-7.75) และมีความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแล (adjusted OR = 2.53, 95% CI = 1.11-5.76) ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ มีทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (adjusted OR = 2.46, 95% CI = 1.26-4.78) มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (adjusted OR = 2.37, 95% CI = 1.22-4.61) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ดูแลไม่ดี (adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.08-3.91) และมีความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแล (adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.07-3.94)

**สรุป** ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 15.7 และ 28.3 ตามลำดับ โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง และภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ดูแลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การให้ความรู้และเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้

**คำสำคัญ** ซึมเศร้า วิตกกังวล ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช

Corresponding author: ธิติพันธ์ ธานีรัตน์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 319-330

## ABSTRACT

**Objective :** To estimate the prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients.

**Materials & Methods :** A cross-sectional study was conducted in 230 caregivers of geriatric patients in Suan-Saranrom Psychiatric Hospital between April and May 2014. Participants completed a set of questionnaires including socio-demographic characteristics and medical information, Thai-HADS, patient-caregiver relationship scale, patient-caring attitude test, Locus of Control Scale, geriatric psychiatric patient-care knowledge test, perceived burden of caring scale, problem-coping scale, and life stress events questionnaire. Caregivers, whose score of Thai-HADS was more than 7, were defined as having anxiety or depression.

**Results :** Approximately seventy three percent of the samples were female with the mean age of 40.7 years, about 42% had bachelor-degree education, and most of them had no debt. Seventy two percent of the samples looked after only one patient. The average duration of caring was 8.7 years, and all of the patients were direct relatives of the samples. Most of the geriatric psychiatric patients, in this study, mean age 72.3 years were diagnosed with mood disorders (41.3%) and no diagnosis of physical illness (89.6%). The prevalence of depression and anxiety in caregivers of geriatric psychiatric patients were 15.7% and 28.3%, respectively. Multivariate analyses indicated that the significant risk factors associated with depression were high reported experiencing life stress events in the past year (adjusted OR = 4.15, 95% CI = 1.86-9.23), low problem-facing coping skill (adjusted OR = 3.29, 95% CI = 1.39-7.75), and high perceived burden of caring (adjusted OR = 2.53, 95% CI = 1.11-5.76). The significant risk factors associated with anxiety were poor patient-caring attitude (adjusted OR = 2.46, 95% CI = 1.26-4.78), less than bachelor -degree education (adjusted OR = 2.37, 95% CI = 1.22-4.61), poor patient-caregiver relationship (adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.08-3.91), and high perceived burden of caring (adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.07-3.94).

**Conclusion :** Among caregivers of geriatric psychiatric patients, both depression and anxiety were prevalent and higher than those of other geriatric patients. Marked depression and anxiety is associated with poor patient caring and more serious mental problems of the caregivers. Health care providers should promote mental health, monitor and early detection of such conditions, particularly in caregivers with the significant risk factors.

**Keywords:** depression, anxiety, caregivers, geriatric psychiatric patients

---

Corresponding author: Thitiphan Thaneerat

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(4): 319-330

## บทนำ

ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ<sup>1,2</sup> เช่นเดียวกับแนวโน้มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยที่น่าจะเพิ่มจาก 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 12.4 ล้านคนหรือเกือบ 20 เท่าตัวในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งทำให้สังคมมีอัตราการพึ่งพิงที่เกิดจากประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 17.3<sup>2</sup> เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดกระบวนการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทั้งในผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีความเสี่ยงและความเจ็บป่วยทางร่างกายเกิดขึ้นแล้ว

ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช รวมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ พฤติกรรมและความคิดของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า สมอเสื่อม พฤติกรรมก้าวร้าว ความคิดหวาดระแวง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น<sup>1,2</sup> อาการต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่แตกต่างไปจากการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยอื่นโดยทั่วไป

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้นมาก ขาดการเข้าสังคม มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวัน รวมถึงต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ดี<sup>3</sup> นั่นหมายถึงว่าการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้สูงอายุ มีผลกระทบทั้งต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้เกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวล ความเศร้าใจ ความสิ้นหวัง ซึ่งมักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเรื่อยๆ<sup>4</sup> จนอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองได้<sup>5,6</sup> นอกจากนี้การขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัว กังวลและสับสนเกี่ยวกับ

พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี<sup>7</sup>

ความรู้ ทักษะและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงสุขภาพจิตของผู้ดูแลน่าจะเป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลในรูปแบบเฉพาะ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะต่างๆ เหล่านี้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุจิตเวชสูงอายุก่อนหน้านี้ได้ทำการศึกษาเพื่อระบุความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้สูงอายุจิตเวชสูงอายุนั้น และปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและความเชื่อต่างๆ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการจัดการ ทั้งในมิติของการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้สูงอายุจิตเวชสูงอายุนั้นอย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุจิตเวชสูงอายุนั้น รวมไปถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive design ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เก็บข้อมูลในบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้น (60 ปีขึ้นไป) โดยเป็นผู้ดูแลต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในลักษณะของการว่าจ้าง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นมาก่อน (นอกจากโรคในกลุ่มวิตกกังวล/ซึมเศร้า) และผู้ป่วยเข้ารับบริการ ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุนั้น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2557 จำนวน 230 ราย ซึ่งคำนวณได้จาก

สูตร W.G.cochran ในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากร และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เพื่อให้ได้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายและมีโอกาสที่จะถูกสุ่มเท่าเทียมกัน โดยจะสุ่มผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่คลินิกดังกล่าว วันละ 6 ราย (40 วันทำการ) จากหมายเลขลำดับการตรวจผู้ป่วยที่คลินิกในแต่ละวัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ใช้สำรวจข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย แบบประเมิน Thai-HADS<sup>8</sup> จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเพื่อการประเมินภาวะวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) และประเมินภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ (ข้อเลขคู่) มีคะแนนแต่ละ sub-scale ตั้งแต่ 0-21 คะแนน มีค่าความไวต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเท่ากับ 85.71 และ 100 ตามลำดับและมีค่าความจำเพาะต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเท่ากับ 91.3 และ 86.0 ตามลำดับ โดยในการศึกษานี้กำหนดให้ผู้ที่มิฉะนั้นตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปในแต่ละ sub-scale เป็นผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือซึมเศร้า ตามลำดับแบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ<sup>9</sup> จำนวน 30 ข้อ ประเมินแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ค่าคะแนน 30-120 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.94 ใช้ค่า mean+SD เป็นเกณฑ์การแบ่งเป็นระดับเครียดน้อย/ปานกลาง/มาก แบบประเมินวิธีการจัดการความเครียด<sup>10</sup> จำนวน 36 ข้อ ประเมินแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ ค่าคะแนน 36-180 จำแนกวิธีการจัดการความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการจัดการอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.61-0.72 แปลผลโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ เพื่อบอกถึงสัดส่วนของวิธีการจัดการความเครียดที่ถูกใช้มากที่สุด แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (life stress events) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา<sup>11</sup> จำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์

ชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ สุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ การงานและสังคม กำหนดเหตุการณ์เครียดในชีวิตแต่ละข้อไว้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คะแนนรวม 0-341.99 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.99 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมความเครียดมาจัดกลุ่มเป็นผู้ที่เผชิญเหตุการณ์เครียดตามปกติและกลุ่มสูงกว่าปกติ โดยใช้ค่ามัธยฐานเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ<sup>7</sup> แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 15 ข้อ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน) จำนวน 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.82 ใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์การแบ่งเป็นระดับความรู้สูง/ต่ำ แบบวัดภาวะและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย<sup>9</sup> จำนวน 15 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.86 ใช้ค่า mean ± SD เป็นเกณฑ์การแบ่งเป็นระดับทัศนคติดี/ปานกลาง/ไม่ดี แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนเองของผู้ดูแล<sup>13</sup> จำนวน 6 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.80 ใช้ค่า mean±SD เป็นเกณฑ์การแบ่งเป็นระดับความเชื่อสูง/ปานกลาง/ต่ำ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ<sup>9</sup> จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.88 ใช้ค่า mean±SD เป็นเกณฑ์การแบ่งเป็นระดับสัมพันธภาพดี/ปานกลาง/ไม่ดี และหากพบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและ/หรือวิตกกังวล ผู้วิจัยจะแจ้งผลการประเมินและนำกลุ่มตัวอย่างนั้นเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยใช้สถิติ chi-square, independent t-test, Pearson's correlations และ binary logistic

regression โดยกำหนดให้การเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า และการเกิดภาวะวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีภาวะวิตกกังวล และไม่มีภาวะวิตกกังวล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธี backward LR เนื่องจากต้องการคัดเลือกเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด จากปัจจัยหลายๆ อย่างที่อาจมีผลที่ได้มาจากขั้นตอน univariate analysis

### ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 230 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.4) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแล 40.76 ปี มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 58.3) และไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 60)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ที่ต้องดูแลเพียงแค่ 1 ท่าน (ร้อยละ 72.2) โดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 72.26 ปี ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ดูแล (ร้อยละ 100) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 8.71 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชเป็นโรคในกลุ่ม mood disorders (ร้อยละ 41.3) และไม่มีการวินิจฉัยโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 89.6)

เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Thai-HADS พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและ/หรือภาวะวิตกกังวลทั้งหมด 77 ราย (ร้อยละ 33.5) โดยคะแนนในแต่ละ sub-scale ของกลุ่มตัวอย่างและการจำแนกภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลแสดงไว้ในตารางที่ 2 และจากการทดสอบพบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (chi-square 31.05,  $p < .001$ ; Pearson correlation 0.61,  $p < .001$ )

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.8) และเผชิญเหตุการณ์เครียดในชีวิต (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา) อยู่ในระดับปกติ สำหรับวิธีการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบใช้วิธีการบรรเทาความเครียด วิธีการเผชิญปัญหาและวิธีการจัดการอารมณ์มากเรียงตามลำดับ มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 12.37 จาก 15.0 คะแนน คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเฉลี่ย 14.16 จาก 20.0 คะแนน ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยและความเชื่ออำนาจภายในตนเองของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 81.7 และร้อยละ 69.1 ตามลำดับ) และในประเด็นสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 67.03 จาก 80.0 คะแนน แบ่งเป็นด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล จากการทดสอบด้วยสถิติ chi-square, independent t-test และ Pearson's correlations มาทำการทดสอบด้วย binary logistic regression วิธี backward LR พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล พร้อมค่า adjusted odd ratios (adjusted OR) ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 4

และเมื่อทำการวิเคราะห์ต่อ (sub-analysis) ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจากการทดสอบพบว่าทั้งเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุของผู้ดูแล รวมถึงการวินิจฉัยโรคทางกาย โรคทางจิตเวช ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลประชากรศาสตร์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 230 คน

	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	61 (26.52)
	หญิง	169 (73.48)
อายุ (ปี)	(Mean 40.76, S.D. 10.99, Median 43, Min 19, Max 85)	
	น้อยกว่า 40	108 (46.96)
	40-59	111 (48.26)
	ตั้งแต่ 60	11 (4.78)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	70 (30.43)
	มัธยมศึกษาปีที่ 3-6 หรือเทียบเท่า	64 (27.83)
สถานภาพสมรส	ระดับปริญญาตรี ขึ้นไป	96 (41.74)
	โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	68 (29.57)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	สมรส	162 (70.43)
	(Mean 16,980, S.D. 10,435, Median 15,000, Min 0, Max 60,000)	
	น้อยกว่า 9,000	38 (16.52)
	9,001-14,999	58 (25.22)
หนี้สิน (บาท)	ตั้งแต่ 15,000	134 (58.26)
	(Mean 30,828, S.D. 193,428, Median 0, Min 0, Max 2,000,000)	
	ไม่มีหนี้สิน	138 (60.00)
	น้อยกว่า 9,000	33 (14.35)
จำนวนผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแล	9,001-14,999	26 (11.30)
	ตั้งแต่ 15,000	33 (14.35)
	1 ท่าน	166 (72.17)
	2 ท่าน	64 (27.83)
อายุของผู้ป่วย (ปี)	(Mean 72.26, S.D. 8.52, Median 72, Min 57, Max 92)	
	60-69	104 (45.22)
	ตั้งแต่ 70	126 (54.78)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)	(Mean 8.71, S.D. 8.53, Median 5.0, Min 0.5, Max 65.0)	
	ไม่เกิน 5	190 (82.61)
	ตั้งแต่ 5	40 (17.39)
การวินิจฉัยผู้ป่วยในทางจิตเวช	Dementia and other organic mental disorders	60 (26.09)
	Psychotic disorders	36 (15.65)
	Mood disorders	95 (41.30)
	Anxiety disorders & Miscellaneous	39 (16.96)
การวินิจฉัยโรคทางกายของผู้ป่วย	ไม่มี	206 (89.57)
	มีโรคทางกายร่วมด้วย	24 (10.43)

ตารางที่ 2 ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจากแบบประเมิน Thai-HADS (N=230)

ปัญหาสุขภาพจิต	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	รวม (ร้อยละ)
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	153 (66.5)	12 (5.2)	165 (71.7)
มีภาวะวิตกกังวล	41 (17.8)	24 (10.5)	65 (28.3)
รวม (ร้อยละ)	194 (84.3)	36 (15.7)	230 (100)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดต่างๆ (N=230)

แบบวัด/แบบประเมิน	ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ	Mean 44.59, S.D. 12.60, Med 42, Max 90, Min 30 ความเครียดน้อย ความเครียดปานกลาง ความเครียดมาก	45 (19.6) 149 (64.8) 36 (15.6)
วิธีการจัดการความเครียด		
- วิธีการเผชิญปัญหา (Mean 2.62)	ใช้วิธีการเผชิญปัญหาต่ำ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาสูง	103 (44.8) 127 (55.2)
- วิธีการจัดการอารมณ์ (Mean 2.75)	ใช้วิธีการจัดการอารมณ์ต่ำ ใช้วิธีการจัดการอารมณ์สูง	92 (40.0) 138 (60.0)
- วิธีการบรรเทาความเครียด (Mean 2.64)	ใช้วิธีการบรรเทาความเครียดต่ำ ใช้วิธีการบรรเทาความเครียดสูง	58 (25.22) 172 (74.78)
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Life stress events) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (สุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ การงานและสังคม)	Mean 36.49, S.D. 48.57, Med 24.79, Max 341.99, Min 0.00 เผชิญเหตุการณ์เครียดตามปกติ เผชิญเหตุการณ์เครียดสูงกว่าปกติ	159 (69.1) 71 (30.9)
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ		
- ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	Mean 12.37, S.D. 1.82, Med 13, Max 14, Min 4 ไม่ค่อยมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุดี	103 (44.8) 127 (55.2)
- ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ	Mean 14.16, S.D. 2.32, Med 14, Max 19, Min 7 ไม่ค่อยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุดี	119 (51.7) 111 (48.3)
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย	Mean 36.68, S.D. 3.65, Med 36, Max 50, Min 24 ไม่ดี ปานกลาง ดี	14 (6.1) 188 (81.7) 28 (12.2)
ความเชื่ออำนาจภายในตนของผู้ดูแล	Mean 28.85, S.D. 4.04, Med 29, Max 36, Min 16 ระดับความเชื่อต่ำ ระดับความเชื่อปานกลาง ระดับความเชื่อสูง	29 (12.6) 159 (69.1) 42 (18.3)
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยรวม	Mean 67.03, S.D. 9.22, Med 68, Max 80, Min 20 สัมพันธภาพไม่ดี สัมพันธภาพปานกลาง สัมพันธภาพดี	29 (12.6) 167 (72.6) 34 (14.8)
- ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ	Mean 31.17, S.D. 4.10, Med 32, Max 36, Min 9 สัมพันธภาพไม่ดี สัมพันธภาพปานกลาง สัมพันธภาพดี	26 (11.3) 173 (75.2) 31 (13.5)
- ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	Mean 35.86, S.D. 5.55, Med 37, Max 44, Min 11 สัมพันธภาพไม่ดี สัมพันธภาพปานกลาง สัมพันธภาพดี	33 (14.3) 159 (69.2) 38 (16.5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ binary logistic regression วิธี backward LR

ปัจจัยด้านต่างๆ	ระดับ	จำนวน (N=230)	ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา	เผชิญเหตุการณ์เครียดสูงกว่าปกติ	71	20 (28.2)	4.15	<.001**
	เผชิญเหตุการณ์เครียดตามปกติ	159	16 (10.1)	(1.86-9.23)	
การจัดการความเครียด “แบบเผชิญปัญหา”	สูง	127	14 (11.0)	3.29	0.007**
	ต่ำ	103	22 (21.4)	(1.39-7.75)	
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	มาก	98	22 (22.4)	2.53	0.027*
	น้อย	132	14 (10.6)	(1.11-5.76)	
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย	ไม่ดี	117	44 (37.6)	2.46	0.008**
	ดี	113	21 (18.6)	(1.26-4.78)	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	87	30 (34.5)	2.37	0.011*
	มัธยมศึกษาปีที่ 3 (หรือเทียบเท่า) ขึ้นไป	143	35 (24.5)	(1.22-4.61)	
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ในภาพรวม	ไม่ดี	104	41 (39.4)	2.05	0.029*
	ดี	126	24 (19.0)	(1.08-3.91)	
ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	มาก	98	28 (21.2)	2.05	0.032*
	น้อย	132	37 (37.8)	(1.07-3.94)	

\* p<.05, \*\* p<.01

สำหรับภาวะซึมเศร้า มีค่า Hosmer-Lemeshow goodness of fit p-value 0.814, chi-square 3.69, constant -3.82 และค่า Cox & Snell R square 0.12

สำหรับภาวะวิตกกังวล มีค่า Hosmer-Lemeshow goodness of fit p-value 0.442, chi-square 6.87, constant -2.78 และค่า Cox & Snell R square 0.16

หมายเหตุ แสดงเฉพาะปัจจัยในโมเดลสุดท้าย (ทุกปัจจัยถูกแบ่งเป็น 2 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์) เรียงตาม adjusted OR สูงสุด

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยด้านต่างๆ	ระดับ	จำนวน (N=230)	ความเครียดใน บทบาทผู้ดูแล (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
การจัดการความเครียด “แบบเผชิญปัญหา”	ต่ำ	103	71 (68.9)	2.40	0.001**
	สูง	127	61 (48.0)	(1.35-4.30)	
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย	ไม่ดี	117	60 (51.3)	2.08	0.007**
	ดี	113	38 (33.6)	(1.18-3.67)	
เหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ ผ่านมา	เผชิญเหตุการณ์เครียดสูงกว่าปกติ	71	39 (54.9)	2.07	0.012*
	เผชิญเหตุการณ์เครียดตามปกติ	159	59 (37.1)	(1.13-3.79)	
ความสนใจในภาระหนี้สินของ ตนเอง	มีความสนใจ	46	26 (56.5)	2.02	0.033*
	ไม่มีความสนใจ	184	72 (39.1)	(1.01-4.11)	
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยในภาพรวม	ไม่ดี	104	53 (51.0)	1.87	0.020*
	ดี	126	45 (35.7)	(1.06-3.29)	

\* p<.05, \*\* p<.01



## อภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 40.7 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา<sup>14</sup> โดยผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 และภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 28.3 ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard Schulz<sup>15</sup> ที่พบภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อม แต่ความชุกนี้กลับแตกต่างจากการศึกษาของ Bernie Coope<sup>16</sup> ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 28.4 ในขณะที่พบภาวะวิตกกังวลเพียงร้อยละ 2.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรมทางสังคมและเครื่องมือที่ใช้ ตลอดจนประเภทและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องดูแล

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ดูแลต้องเผชิญเหตุการณ์เครียด ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแล (ในด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย) อาจเป็นสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย ความโกรธ ความรู้สึกผิด รวมไปถึงความคิดและอารมณ์ด้านลบ โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในบทบาทที่ต้องดูแลบุคคลที่มีความยุ่งยากลำบาก มีปัญหาด้านพฤติกรรม เพิ่มเข้าไปด้วย อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น<sup>16,18</sup> เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียด โดยไม่ค่อยเลือกใช้วิธีการแบบเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา<sup>10</sup> คือการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดโดยตรง เป็นการแก้ปัญหาโดยการตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดย

มุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหา จึงถือว่าการใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหาดังกล่าว เป็นวิธีการที่สามารถทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี<sup>17</sup>

ความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก เพราะการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์แห่งตน มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่แน่ใจขาดการยอมรับตนเอง รู้สึกไร้ประสิทธิภาพและสูญเสียการควบคุมการดำรงอยู่ของตนเอง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อเข้านอนและอาจรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการกับความเครียดรับมือกับสถานการณ์การดูแลได้ทุกอย่าง<sup>15,16</sup> นำมาสู่โอกาสมีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น

ทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลหลัก อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาแห่งความสุข สูญเสียเวลาที่ดีควรจะมีให้กับสมาชิกในครอบครัวอื่นหรือเกิดความขัดแย้งในครอบครัว<sup>18</sup> ซึ่งสภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดี ความคับข้องใจต่อผู้ป่วย และพบว่าความรู้สึกคับข้องใจในระดับสูง สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ร้ายแรงทางด้านจิตใจ ในรูปแบบของความเครียดหรือความวิตกกังวลต่อทั้งผู้ดูแลเองและผู้ป่วยได้<sup>19</sup>

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล อาจเป็นเพราะผู้ดูแลที่มีการศึกษาไม่สูง มีโอกาสที่จะขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ประกอบกับการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้เหมือนผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่า ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ อาจเกิดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล ความรู้และการปฏิบัติของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตา โดยผลของการศึกษาพบว่ามารดาทารก

คลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่ใจจดตา มีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับและเข้าใจข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>20</sup>

ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ดี สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล สอดคล้องกับผลของการวิจัย<sup>21</sup> ที่พบว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดี อาการทางจิตและความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นตัวทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ปัญหาหลายอย่างไม่ได้รับการแก้ไขและอาจเป็นสาเหตุให้สถานการณ์แย่ลง

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้น ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบ causative relationship ได้ อีกทั้งจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุยังไม่มากพอที่จะแยกเป็นรายโรคตามการวินิจฉัย ดังนั้นควรมีการศึกษาแยกเป็นรายโรคต่อไป เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาความช่วยเหลือให้เฉพาะด้านมากยิ่งขึ้น และเครื่องมือบางอย่างที่ใช้ไม่ได้ถูกออกแบบและทดสอบคุณสมบัติในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ แต่เนื่องจากไม่มีเครื่องมืออื่นที่ถูกออกแบบมาเพื่อกลุ่มเป้าหมายนี้ โดยเฉพาะและคณะผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาเนื้อหาและจุดประสงค์ของแต่ละข้อคำถามแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องเลือกเครื่องมือดังกล่าวมาประกอบการศึกษา ในการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาด้อยอดในรูปแบบ analytic study เพื่อให้สามารถระบุความสัมพันธ์แบบ causative relationship กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ดีขึ้น และศึกษาภาวะเหนื่อยหน่าย (burn out) ในประชากรกลุ่มนี้ รวมถึงการพัฒนา

นวัตกรรมหรือโปรแกรมต่อยอดจากผลการศึกษานี้ อาทิ เช่น นวัตกรรมเพื่อป้องกันและลดภาวะเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุผ่านการส่งเสริมทัศนคติและสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ หรือโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุตามกลุ่มโรคทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม หรือแบบครอบครัวต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. 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. Journal of the Psychiatric of Thailand 2012; 57: 335-46.
2. Rujisathiansab T. The Negotiation Self-Identity of Elderly. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2009.
3. Chaowarak N. Lived Experiences of Elderly Caregivers Caring for Elderly Depressed Patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
4. Goldenberg H, Goldenberg I. Family Therapy: An Overview. 6th ed. USA: Thompson Learning; 2004.
5. Sansaradee N. Burden to Caregivers of Epilepsy Patients with Psychosis. Songkhla: Prince of Songkla University; 2009.
6. Bull MJ. Factors influencing family caregivers' burden and health. West J NursRes 1990; 12: 758-70.

7. Sherman MD. The Support and Family Education (SAFE) Program: Mental Health Facts for Families. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 35-7.
8. Tana N, Manote L, Umaphorn P. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41: 18-30.
9. 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. Bangkok: Chulalongkorn University; 1997.
10. Limthongkul M, Areeue S. Sources of stress, Coping Strategies, and Outcomes among Nursing Students During their Initial Practice. *Ramathibodi Nursing Journal* 2009; 15: 192-205.
11. Nakrapanich S. Life events and adaptation during pregnancy of women with and without obstetric complication in King Chulalongkorn Memorial Hospital [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1988.
12. Toonsiri C, Sunsem R, Lawang W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Education* 2011; 4: 62-75.
13. Tapin W. Bio-Psycho-Social Factors Associated with Geriatric Health Care Behavior by Geriatric Caregivers. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2010.
14. Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Gray R. Determinants of Stress and Happiness Among Family Caregivers to Older Persons. *Thai Population Journal* 2012; 4: 75-92.
15. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *Gerontologist* 1995; 35: 771-91.
16. Coope B, Ballard C, Saad K, Patel A, Bentham P, Bannister C, et al. The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1995; 10: 237-42.
17. Juliratchaneekorn T. The Effect of Verbal Prompting Technique and Positive Reinforcement on Coping Behavior of Students in Secondary Education Grade 7 [thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2009.
18. Caregiver Health. National Alliance for Caregiving; 2006 [cited 2015 Mar 31]. Available from: <https://www.caregiver.org/caregiver-health>.
19. Relieving Stress & Anxiety: Resources for Alzheimer's Caregivers. National Institutes of Health (NIH) [Internet]; 2014 [cited 2015 Mar 31]. Available from: [www.nia.nih.gov/alzheimers/relieving-stress-anxiety-resources-alzheimers-caregivers](http://www.nia.nih.gov/alzheimers/relieving-stress-anxiety-resources-alzheimers-caregivers).

20. Chetchotsak Y, Sitiwongsa P, Wongwi P. Effects of Information Giving on Anxiety, Knowledge and Practice among Mothers of Infants with Retinopathy of Prematurity. Srinagarind Med J 2013; 28: 155-62.
21. Mahoney R, Regan C, 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.