



# ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สาธิตา แรกคำนวณ วท.บ.\*, พีรพนธ์ ลีบุญฤกษ์ชัย พบ., วท.ม.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาวะการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**วิธีการ** เป็นการศึกษาเชิงพรรณาสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 90 คน ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2554 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ชุดได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามภาวะการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI) 3) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ดูแลและภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ดูแลและภาวะการดูแลของผู้ดูแล

**ผลการศึกษา** พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) มีอายุเฉลี่ย 77.7 ปีระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 4.6 ปี คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE)เฉลี่ย 19.5 ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อย่างน้อย 1 อย่าง ผู้ป่วยร้อยละ 97.8 และร้อยละ 46.7 มีผลกระทบต่อผู้ดูแลในระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ( $p < 0.05$ ) ระดับคะแนน TMSE  $\leq 23$  ( $p < 0.01$ ) ด้านภาวะการดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี พบว่า ร้อยละ 68.9 มีภาวะการดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล ได้แก่ อายุผู้ดูแล การประกอบอาชีพ และรายได้ ( $p < 0.05$ ) อายุผู้ป่วย ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ( $p < 0.01$ )

**สรุป** ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้สูงมากเกือบทุกราย และผลกระทบต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้น ในการลดภาวะการดูแล จึงควรมุ่งเน้นการรักษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย และให้ความสำคัญในการดูแลรักษาทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลด้วย

**คำสำคัญ** ภาวะการดูแล ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของภาวะสมองเสื่อม

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(3): 335-346

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



# 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

Sathida Rakkhamnuan B.Sc.\* , Peeraphon Lueboonthavatchai M.D., M.Sc.\*

## ABSTRACT

**Objectives:** To study the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), and the caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients and the associated factors of BPSD and caregiver burden.

**Method:** Descriptive cross-sectional survey was conducted. Of 90 caregivers were recruited from the Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital during August to November 2011. Instruments used 3 questionnaires: 1) demographic questionnaire, 2) Zarit Burden Interview (ZBI), and 3) Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD). Chi-square test and logistic regression were used to analyse the predictor of BPSD and burden of caregivers who took care of Alzheimer's dementia patients.

**Results:** Most of the Alzheimer's dementia patients were female (68.9%) with average aged 77.7 years. and average duration of illness was 4.6 years. The average Thai Mental State Examination (TMSE) scores was 19.5. Most of them had at least one symptom of BPSD that minimally affected the caregivers (46.7%). Factors associated with BPSD were the duration of illness above 4 years ( $p < 0.05$ ) and the TMSE scores of  $\leq 23$  ( $p < 0.01$ ). Most of the caregivers were female (86.7%) with average aged 49.44 years. Most of them (68.9%) had burden. The associated factors of caregiver burden were caregiver's age, occupation and income ( $p < 0.05$ ), patient age ( $p < 0.05$ ), and impact degree of BPSD ( $p < 0.01$ ). The predictor of caregiver burden was the moderate to severe level of impact of BPSD ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** BPSD was a common problem in almost all patients. Impact of BPSD is associated with caregiver burden. Therefore, reducing the caregiver burden should focus on treatment of BPSD and psychological care on caregivers.

**Keywords:** burden, caregivers, Alzheimer's dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(3): 335-346

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

## บทนำ

ปัจจุบันพบว่า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วย 4-6 ล้านคน มีภาวะสมองเสื่อม โดยร้อยละ 8-10 พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมากกว่าร้อยละ 30 พบในผู้ป่วยที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป<sup>2</sup> ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบถึงร้อยละ 60 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด<sup>3</sup> จัดเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศโลกตะวันตก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรที่พัฒนาแล้ว<sup>4</sup> สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2546 พบว่า อุบัติการณ์สมรรถภาพสมองบกพร่องประมาณร้อยละ 11

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อาการผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมซ้ำๆ อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว อาการหวาดระแวง หลงผิดและประสาทหลอน เป็นต้น อาการบางอย่างพบได้ถึงร้อยละ 90 อาการผิดปกติเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองรวมถึงญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย<sup>5</sup> จากการศึกษาของ Suh และ Kim พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 92 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อย่าง และร้อยละ 56 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 4 อย่างหรือมากกว่า โดยปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ การทำสิ่งต่างๆ โดยไม่มีจุดหมาย พบถึงร้อยละ 55<sup>6</sup> ส่วนการศึกษาของ Eker และ Ertan<sup>7</sup> พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อย่าง โดยพบว่า มีปัญหาหลงผิดและการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากที่สุดโดยพบร้อยละ 43

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่พบว่ามี ความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน<sup>8</sup> ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ<sup>9</sup> ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อตนเอง จากการศึกษาของ Papastavrou และคณะ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 68.02<sup>10</sup> ส่วนการศึกษาของสรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ ก็พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดคือ ร้อยละ 96.4 เกิดภาระจากการดูแลผู้ป่วย<sup>11</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและภาระการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการชี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

## วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และดูแลอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออก เขียนศึกษาครั้งนี้ จำนวน 90 ราย ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2554 การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกราย

ได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเข้าร่วม การศึกษาด้วยความสมัครใจ แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถาม ภาวะการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI) เป็น แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง และ 3) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประเมินจากการสอบถาม ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามภาวะการดูแล ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แผนคง<sup>12</sup> มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งหมด 22 ข้อ การแปลผลตามระดับภาวะการดูแลดังนี้

- 0-20 คือ ไม่มีภาวะการดูแล
- 21-40 คือ มีภาวะการดูแลน้อยถึงปานกลาง
- 41-60 คือ มีภาวะการดูแลปานกลางถึงรุนแรง
- 61-88 คือ มีภาวะการดูแลรุนแรง

แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแปลโดย นันทิกา ทวี ชาติ<sup>13</sup> ซึ่งมีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ใน เกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน การแปลผลจากคะแนนรวม ดังนี้ ส่วนที่ 1 คะแนน รวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหา ด้านพฤติกรรมและจิตใจ ส่วนที่ 2 คะแนนรวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เนื่องจากเครื่องมือเป็นมาตรฐาน ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม ผู้ที่จะใช้จะต้องได้รับการฝึกทั้งการประเมิน และการแปลผลให้มีความเชี่ยวชาญ สำหรับผู้วิจัยได้รับการ ฝึกอบรมการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช และได้ผ่านการ ฝึกอบรมการใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและ

จิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากอาจารย์จิตแพทย์ และได้ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี correlation coefficient เท่ากับ 0.99

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 16 นำเสนอปัญหาพฤติกรรม และจิตใจของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลเป็นค่า ความถี่และร้อยละ ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) หลังจากนั้น ทำการวิเคราะห์ความถดถอย แบบลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนาย ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและภาวะการดูแล ของผู้ดูแล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ ที่น้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ )

## ผลการศึกษา

ด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) มีอายุเฉลี่ย 77.7 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 4.6 ปี คะแนน TMSE เฉลี่ย 19.5 (ตารางที่ 1)

ส่วนใหญ่มมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ (คะแนน รวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 64.4 แต่เมื่อพิจารณา เป็นแต่ละอย่างพบถึงร้อยละ 97.8 ที่มีปัญหาพฤติกรรม และจิตใจอย่างน้อย 1 อย่าง โดยปัญหาด้านพฤติกรรม และจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือ มีพฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ มีอาการ หวาดระแวงและหลงผิด ร้อยละ 73.3 มีความวิตกกังวล และหวาดกลัวร้อยละ 71.1 มีอาการไม่สงบกระสับกระส่าย ก้าวร้าว ร้อยละ 67.8 มีวงจรการนอนหลับในแต่ละวันที่ เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 66.7 มีอารมณ์แปรปรวน ร้อยละ 47.8 และมีอาการประสาทหลอน ร้อยละ 38.9 และ ส่วนใหญ่ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อ

ผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 85.6 โดยที่มีผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลอยู่ในระดับเล็กน้อย อาการที่รบกวนผู้ดูแลมากที่สุดได้แก่ การถามซ้ำๆ รongลงมาคือ การตื่นบ่อยๆ ในตอนกลางคืน และการไม่ยอมอาบน้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการป่วย ( $p<0.05$ ) และระดับคะแนน TMSE ( $p<0.01$ ) (ตารางที่ 2) ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ( $p<0.05$ ) และระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ( $p<0.01$ ) (ตารางที่ 3)

ด้านภาวะการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 42.2) ประกอบอาชีพลูกจ้างพนักงาน (ร้อยละ 28.9) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 34.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบุตร หลาน

สามี ภรรยา พี่น้อง ลูกเขย ลูกสะใภ้ (ร้อยละ 84.4) เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวันเฉลี่ย 17.3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.9 ปี (ตารางที่ 4)

ส่วนใหญ่มิภาวะการดูแล (ร้อยละ 68.9) โดยพบว่ามีภาวะการดูแลส่วนมากอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุผู้ดูแล การประกอบอาชีพ และรายได้ ( $p<0.05$ ) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุผู้ป่วย ( $p<0.05$ ) ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล ( $p<0.01$ ) (ตารางที่ 5) ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลางถึงมาก ( $p<0.01$ ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>ระดับการศึกษา</b>		
- หญิง	62	68.9	- ไม่ได้รับการศึกษา	10	11.1
- ชาย	28	31.1	- ประถมศึกษา	42	46.7
<b>อายุ (ปี)</b>			- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	19	21.1
- < 70	14	15.6	- ปริญญาตรี	15	16.7
- 70-74	18	20.0	- สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.4
- 75 - 79	17	18.9	<b>ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)</b>		
- 80 - 84	22	24.4	- < 2	14	15.6
- 85 ปีขึ้นไป	19	21.1	- 2 -<4	32	35.6
Mean $\pm$ SD=77.7 $\pm$ 8.5, Min=54, Max=95			- 4 -<6	19	21.1
			- 6 -<8	9	10.0
<b>สถานภาพสมรส</b>			- 8 ปีขึ้นไป	16	17.8
- หม้าย	40	44.4	Mean $\pm$ SD=4.6 $\pm$ 3.4, Min=6 เดือน, Max=16 ปี		
- คู่ อยู่ด้วยกัน	34	37.8	<b>คะแนน TMSE</b>		
- คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	6	6.7	- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23	61	67.8
- โสด	8	8.9	- 24 ขึ้นไป	29	32.2
- หย่าร้าง	2	2.2	Mean $\pm$ SD=19.5 $\pm$ 6.6, Min=2, Max=30		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัย	ไม่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ		มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ		OR	$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระยะเวลาการป่วย</b>							
<4 ปี	21	45.7	25	54.3	2.52	4.19	0.041*
4 ปีขึ้นไป	11	25.0	33	75.0			
<b>คะแนน TMSE</b>							
≤ 23	12	19.7	49	80.3	9.07	20.84	<0.001**
24 ขึ้นไป	20	69.0	9	31.0			

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป	3.38	1.16	9.88	0.026*
ค่าคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23	10.77	3.63	31.99	<0.001**

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>อาชีพ</b>		
- หญิง	78	86.7	- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	21.1
- ชาย	12	13.3	- ลูกจ้าง พนักงาน	26	28.9
<b>อายุ (ปี)</b>			-ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	20	22.2
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30	8	8.9	- ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	19	21.1
- 31 - 40	17	18.8	- อื่นๆ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกร	6	6.7
- 41 - 50	23	25.6	<b>รายได้</b>		
- 51 - 60	23	25.6	- มีรายได้	72	80.0
- 61 ปีขึ้นไป	19	21.1	- ไม่มีรายได้	18	20.0
Mean ± SD=49.4 ± 14.6 , Min=20, Max=84			<b>ระดับการศึกษา</b>		
<b>สถานภาพสมรส</b>			- ไม่ได้รับการศึกษา	5	5.6
- คู่อยู่ด้วยกัน	38	42.2	- ประถมศึกษา	16	17.8
- โสด	36	40.0	- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	31	34.4
- หม้าย	9	10.0	- ปริญญาตรี	27	30.0
- หย่าร้าง	6	6.7	- สูงกว่าปริญญาตรี	11	12.2
- คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	1	1.1	<b>โรคประจำตัว</b>		
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			- ไม่มี	53	58.9
- บุตร หลาน สามี ภรรยา พี่น้อง ลูกเขย ลูกสะใภ้	76	84.4	- มี	37	41.1
- ไม่ใช่นญาติ	14	15.6	<b>ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด (ปี)</b>		
<b>เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน</b>			- < 2	21	23.3
- น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	20	22.2	- 2 -<4	32	35.6
- 12 - 18 ชั่วโมง	25	27.8	- 4 -<6	17	18.9
- มากกว่า 18 ชั่วโมง	45	50.0	- 6 ปีขึ้นไป	20	22.2
Mean ± SD=17.3 ± 7.2, Min=6, Max=24			Mean ± SD=3.9 ± 3.1, Min=6 เดือน, Max=15 ปี		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัย	ไม่มีภาวะการดูแล		มีภาวะการดูแล		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>						
<b>อายุ</b>						
≤ 40 ปี	12	48.0	13	52.0	4.61	0.032*
41 ปีขึ้นไป	16	24.6	49	75.4		
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10.5	17	89.5	4.76	0.029*
ประกอบอาชีพ	26	36.6	45	63.4		
<b>รายได้</b>						
ไม่มีรายได้	2	11.1	16	88.9	4.20	0.040*
มีรายได้	26	36.1	46	63.9		
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>						
<b>อายุ</b>						
<80 ปี	20	40.8	29	59.2	4.73	0.030*
80 ปีขึ้นไป	8	19.5	33	80.5		
<b>ปัจจัยของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ</b>						
<b>ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ</b>						
ไม่มีปัญหา	14	43.8	18	56.2	3.70	0.054
มีปัญหา	14	24.1	44	75.9		
<b>ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล</b>						
ไม่มีถึงเล็กน้อย	25	45.5	30	54.5	13.58	<0.001**
ปานกลางถึงมาก	3	8.6	32	91.4		

\* p<0.05, \*\* p<0.01

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>				
อายุของผู้ดูแลที่มากกว่า 40 ปี	2.50	0.83	7.47	0.102
การที่ผู้ดูแลไม่มีรายได้	3.48	0.67	18.08	0.139
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>				
อายุของผู้ป่วยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	2.22	0.76	6.49	0.145
<b>ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ</b>				
ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก	7.60	1.98	29.13	0.003**

\* p<0.05, \*\* p<0.01

## วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่มีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปพบร้อยละ 64.4 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Suh และ Kim โดยใช้แบบประเมิน BEHAVE-AD พบร้อยละ 56<sup>6</sup> แต่เมื่อพิจารณาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 อย่างพบสูงถึงร้อยละ 97.8 ซึ่งไม่ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Shaji และคณะที่พบสูงถึงร้อยละ 96.6<sup>14</sup> และการศึกษาของ มุทิตา พนาสทิพย์ และคณะที่พบสูงถึงร้อยละ 97.5<sup>15</sup> เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่พบสูงมากถึงเกือบทุกราย จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น การถามซ้ำๆ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่รบกวนผู้ดูแลมากที่สุด เช่นกัน การทำสิ่งต่างๆ โดยไม่มีจุดหมาย และการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย รองลงมาคือ มีอาการหวาดระแวงและหลงผิด พบร้อยละ 73.3 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Eker และ Ertan พบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาหลงผิด และการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายมากที่สุด โดยพบร้อยละ 43<sup>7</sup> ความผิดปกติเหล่านี้มีผลกระทบทำให้เกิดความเครียด ความไม่สบาย ความทุกข์ทั้งในตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจจึงมีความสำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>5</sup>

จากการศึกษานี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคและคะแนน TMSE ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Robinson และคณะที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการดำเนินโรค<sup>16</sup> จากการศึกษาของ Fernández และคณะ พบว่า คะแนนของแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE) มีความสัมพันธ์ทางลบกับ

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความบกพร่องทางสติปัญญา กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย<sup>17</sup> เนื่องจากเมื่อมีระยะเวลาของการดำเนินโรคเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการบกพร่องทางสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น โดยมีการสูญเสียความสามารถหลายๆ ด้าน ทั้งความคิด เซอร์วิปัญญา การตัดสินใจ รวมทั้งความสามารถในการสื่อสาร และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยที่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และระดับคะแนน TMSE ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 เนื่องจาก ระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วงระยะที่ 2 ของการดำเนินโรค ซึ่งระยะนี้จะมีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว เสียการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน<sup>5</sup>

ด้านภาระการดูแลของผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีภาระการดูแล ร้อยละ 68.9 โดยพบว่ามีภาระการดูแลส่วนมากอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 41.1 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Papastavrou และคณะพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.02<sup>10</sup> อาจเนื่องมาจาก ลักษณะครอบครัวในสังคมไทยอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคน ผู้ดูแลอาจมีหลายคนแม้จะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ภาระการดูแลในผู้ดูแลหลักจึงอาจอยู่ในระดับต่ำกว่าการศึกษาในสังคมตะวันตก และนอกจากนั้น การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ และมีรายได้ประจำอาจทำให้ความตึงเครียดทางด้านการค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่มากนัก อาจทำให้ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลในการศึกษานี้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

ภาระการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพในการดูแลของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหาก



ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลมาก ผู้ดูแลจะเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (burnout) จนรู้สึกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่อันแสนทรมาณ ผู้ดูแลจะเกิดความไม่สุขสบาย<sup>18</sup> ความผาสุกของผู้ดูแลลดลง<sup>19</sup> ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลลดลง<sup>20</sup> อันจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย ผู้ดูแลบางคนอาจจะทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วย<sup>21</sup> ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง<sup>22</sup>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มียารายได้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลมีอายุมาก จะทำให้การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากตามเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีบทบาทในหลายด้านและต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเพิ่มเข้ามา จึงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้นได้ จากการศึกษาของ Papastavrou พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ซึ่งรายได้ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยและภาระจากการดูแล<sup>10</sup> ปัจจัยของการประกอบอาชีพ พบว่าอาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล<sup>11</sup> เนื่องจากการประกอบอาชีพส่งผลต่อการมีรายได้ โดยปัจจัยทางด้านรายได้นั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการดูแลผู้ป่วย เพราะในการดูแลผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย ทั้งค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้ดูแลบางส่วนอาจต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ และการมีรายได้ เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลต่อความภาระการดูแล ปัจจัยของอายุของผู้ป่วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น

ทำให้ความสามารถด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลง มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงต้องพึ่งพาบุคคลอื่น<sup>23</sup> ซึ่งผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพานั้นจะส่งผลให้เกิดภาระการดูแลในผู้ดูแลตามมา<sup>24</sup> ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีหลายปัญหาและมีความรุนแรงแตกต่างกันหลายระดับ พบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลคือ ปัจจัยที่มีผลกระทบจะมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล จากการศึกษาที่พบว่า อาการที่สำคัญที่ส่งผลกระทบได้แก่ การถามซ้ำๆ พฤติกรรมการนอนที่เปลี่ยนแปลงไป และการที่ผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำ เป็นต้น จากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล<sup>20, 25, 26</sup> เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยมีความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และบุคลิกภาพ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแล

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล ในระดับปานกลางถึงมาก จึงเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล

ดังนั้น ในการลดภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จึงควรมุ่งเน้นในการรักษาปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วย โดยการรักษาด้วยยาและการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา นั่นคือ การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเตือนความจำ และป้องกันอันตราย เพื่อจะได้ลดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมและจิตใจต่อผู้ดูแล และควรมุ่งเน้นการดูแล

รักษาทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมรวมถึงทักษะในการดูแล และการใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล<sup>27,28</sup>

### ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ปัจจัยของผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาการป่วย ระดับคะแนน TMSE และปัจจัยทางสังคมประชากรของผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษานี้ อาจส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและการดูแล ดังนั้นผู้ที่จะนำข้อมูลนี้ไปอ้างอิง ต้องพิจารณาลักษณะประชากรของผู้เข้าร่วมการศึกษาด้วย และเนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแลเท่านั้น ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

### สรุป

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ นอกจากจะมุ่งเน้นที่การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว ยังควรมุ่งเน้นการลดภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้วย โดยการจัดการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลด้วย ทั้งหมดนี้ จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีประสิทธิภาพสูงสุด

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale, BEHAVE-AD) นางอรรวรรณ แผนคง ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI) และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

1. Limtrakul P, Pongsanit K, Pumpuang O, Kaosang S. Home care for the elderly at Srivichai Community Amphur Muang Chiang Mai Province. J Gerontol Geriatr Med 2003; 4:11-18
2. Mass ML, Reed D, Park M, Specht JP, Schutte D, Kelly LS et al. Outcomes of family involvement in care Intervention for caregiver of individuals with dementia. J Nurs Res 2004; 53: 76-86.
3. Small GW. Alzheimer's disease and other dementias. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 2. 8<sup>th</sup> ed. Lippincott: Williams & Wikins, 2005; 3687.
4. Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian study of health and aging : study methods and prevalence of dementia. Can Med Assoc J 1994; 150:899-913.
5. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline for dementia. 2<sup>nd</sup> ed . Bangkok: Prasat Neurological Institute. 2008.

6. Suh GH, Kim SK. Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD) in antipsychotic-naïve Alzheimer's Disease patients. *International Psychogeriatr* 2004; 16: 3:337-50.
7. Eker E, Ertan T. Behavioral and psychological symptoms of dementia in eastern and southeastern Europe and the middle east. *Int Psychogeriatr* 2000; 12:409-13.
8. Sasat S, Bryar RM, Newens AJ. Care for patients with Alzheimer's disease in Thailand: a study of elderly patients with dementia by families in the Buddhist religion Thailand. *J Gerontol Geriatr Med* 2000; 1:15-24.
9. Scholzel-Dorenbos CJ, Draskovic I, Vernooij-Dassen MJ, Olde Rikkert MG. Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009; 23:171-7.
10. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *J Adv Nurs* 2007; 58:446-57.
11. Tangchurat S. A comparative study of burdens and stress between relative and non-relative caregiver of Alzheimer's disease patients. Master of Science thesis. Department of Mental Health. Faculty of Medicine. Chulalongkorn University. 2001.
12. Pankong O. Effects of self-help group on perceived burden and well-being of caregivers of the elderly persons with dementia. Master of Nursing Science thesis. Department of Gerontological Nursing. Graduate School. Burapha University. 2004.
13. Thavicachart N, Phanthumchinda K, Chankrachang S, Praditsuwan R, Nidhinandana S, Senanarong V et al. Efficacy study of galantamine in possible Alzheimer's disease with or without cerebrovascular disease and vascular dementia in thai patients: a slow-titration regimen. *J Clin Pract* 2006; 60:533-40.
14. Shaji KS, George RK, Prince MJ, Jacob KS. Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. *Indian J Psychiatry* 2009; 51:45-9.
15. Phanasathit M, Chareamboon T, Hemrungron S, Tangwongchai S, Phanthumchinda K. Prevalence of Neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. In: Mateos R, Engedal K, Franco M, eds. *IPA 2010 Diversity, Collaboration, Dignity/ Abstracts of the IPA International Meeting*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; 2010: 491-2.
16. Robinson KM, Adkisson P, Weinrich S. Problem behavior caregiver reaction and impact among caregivers persons with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs* 2001; 36:573-82.
17. Fernández M, Gobartt AL, Balana M. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurology* 2010; 10:87.
18. Thompson EH, Futterman AM, Gallagher-Thompson D, Rose JM, Lovett SB. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *J Geronto* 1993;48: 245-54.

19. Chaoum W. Care burden and general well-being in family caregiver of dependent elderly. Rama Nurs J. 1996; 2:16-25.
20. Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid Relationship Satisfaction and Caregiver Burden in Dementia Caregivers. J Geriatr Psychiatry Neurol 2007; 20:115-19.
21. William, A. What bothers caregivers of stroke victims. J Neurosci Nurs 1994; 26:155-61.
22. Burgio L. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. Int Psychogeriatr 1996; 8:45-52.
23. Kardudom P. The relationships between perceptions of burden of family care givers and abilities to perform activities of daily living and cognitive functional abilities of the elderly with chronic illness in eastern region of Thailand. Research report. Phrapokklao Nursing College. 2004.
24. Donprapeng B. . The relationship among caregiving burden, coping resources and quality of life of dependent older adults' caregivers. Master of Nursing Science thesis. Faculty of graduate studies. Mahidol University, 2006.
25. Ballard C, Lowery K, Powell L, O'Brien J, James L. Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregivers. Int Psy 2000; 12:93-105.
26. Lawlor B. Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. British Journal of Psychiatry 2002; 3:463-5.
27. Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. Effects of psychoeducational program on knowledge, attitude, practice, and psychological stress of caregivers of patients with Alzheimer's disease. Chula Med J 2006; 50:541-53.
28. Thavichachart N, Worakul P, Tangwongchai S, Suppavitiporn S, Kanchanatawan B, Lueboonthavatchai P et al. Psychoeducational Program for Caregivers of Alzheimer's Dementia: A Manual Guide for Participants. Bangkok: Color Harmony, 2004.