

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล  
ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช**  
**Associated factors of caregiver burden among family  
caregivers of dementia patients in a geriatric clinic,  
Siriraj hospital**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ  
Journal of Nursing Science & Health  
ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2558  
Volume 38 No.2 (April-June) 2015

ปิตพร สิริทิพากร พย.ม\* วีรศักดิ์ เมืองไพศาล พบ.\*\*  
Pitiporn Siritipakorn MNS.\* Weerasak Muangpaisan MD.\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลของโอเบิร์ต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกเป็นภาระโดยรวมในระดับน้อย (Mean = 35.6, SD = 7.5) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง และการที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อม

**Abstract**

This study explored associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients at a Geriatric clinic, Siriraj Hospital. The study focused on 88 family caregivers of patients with dementia. Data were collected by an interview for demographic data of patients and their caregivers and the caregiving burden scale developed by Oberst. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation. The results showed that caregivers in this study reported low level of burden (35.6±7.5). The factors statistically significant associated with burden were the impairment in performing basic activities of daily living in patients with dementia and behavioural and psychological symptoms of dementia.

**keywords:** caregiver burden, dementia

\*MNS. Department of Nursing Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

\*\*Associate Professor, Department of Preventive and social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบมากในผู้ป่วยสูงอายุทุกประเทศทั่วโลก<sup>1-2</sup> จากการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593<sup>2-3</sup> และจากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 ถึงปี พ.ศ.2553 มีจำนวน 1,084,1,417, 1,588 และ 1,769 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นภาระของครอบครัวและภาระโดยรวมของประเทศทั้งในเรื่องการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล<sup>4</sup> เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเกิดจากความผิดปกติของสมองและส่งผลให้ความสามารถของสมองลดลง ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการ หลงลืม พูดซ้ำ ๆ ถ้ามซ้ำ ๆ การใช้ความคิดไม่สมเหตุสมผล ซ่อนสิ่งของ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากขึ้น เร่ร่อนออกจากบ้าน เป็นต้น<sup>5</sup> บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว พุดจาหายาบคาย ต่ำทอ หวาดระแวง หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน<sup>6</sup> จนในที่สุดผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในการดูแลตัวเองได้เลย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น<sup>7</sup> ญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยตรง เพราะการดูแลนั้นส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน<sup>8</sup> แต่การดูแลนั้นจะมีความยาก ซับซ้อน และแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอื่นทั่วไป<sup>9</sup> เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นญาติผู้ดูแลต้องใช้ความรัก ความเข้าใจ ความอดทนในการให้เวลากับผู้ป่วยในการจัดการเรื่องต่างๆ รวมถึงการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานให้ทั้งหมด นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องมีความรู้ เทคนิคที่หลากหลายในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันของผู้ป่วยอีกด้วย<sup>10</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่วนตัว ครอบครัว บทบาทหน้าที่การทำงานต่างๆ มาก ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นตราบาปในการดูแลทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมด้วย<sup>11-14</sup> โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค แนวทางการให้การรักษา และวิธีการเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม<sup>15</sup> จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไม่เข้าใจ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว หงุดหงิด โกรธ เบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด และสุดท้ายอาจทำให้เกิดการทอดทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วยทั้งกายและวาจาได้<sup>16</sup>

ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความรู้สึกเป็นภาระ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในกลุ่มญาติผู้ดูแล ในหน่วยบริการตติยภูมิตั้งสูงอีก ทั้งลักษณะของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกของครอบครัวจะอยู่ในวัยทำงาน หากมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมแล้ว การดูแลผู้ป่วยจะมีความยากลำบากมากขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรวมถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้เข้าใจภาวะดังกล่าวซึ่งจะเป็นประโยชน์ในวางแผนการให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้านแก่ญาติผู้ดูแลต่อไป

## วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช โดยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแล 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 88 ราย และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาดังนี้

1. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

2. เกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ พี่น้อง บุตร หลาน โดยทางสายเลือดหรือตามกฎหมาย คู่สมรส สะใภ้หรือลูกเขย ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือนและให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น

### เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผู้ดูแลและ/หรือผู้ป่วย แจ้งความประสงค์ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย

ผู้ป่วยรายที่ไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากมีอาการทางจิต หรือความผิดปกติจากโรคสมองเสื่อมที่เป็นมาก หรือ רבกวนความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ของญาติผู้ดูแล

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ(Power analysis)<sup>17</sup> กำหนดค่า  $\alpha=0.05$  Power = 0.80 และ Effect size=0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

### เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อยคือ

1.1 ญาติผู้ดูแลผู้วิจัยสอบถามข้อมูลในเรื่องเพศ อายุสถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีโรคประจำตัว

1.2 ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยข้อมูลเรื่อง เพศ อายุ การวินิจฉัย ระยะเวลาที่ป่วย ทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพของไทย<sup>18</sup> ได้รับความนิยมและใช้เป็นมาตรฐานเหมือนกันทั่วประเทศไทย โดยทดสอบการทำงานของสมอง 6 ด้าน การรับรู้(Orientation) การจดจำ(Registration) การใส่ใจ(Attention) การคำนวณ(Calculation) ด้านภาษา(Language) และ การระลึกได้(Recall) คะแนนรวม 30 คะแนน แปลผลคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 อยู่ในเกณฑ์ปกติแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (Barthel ADL index) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและการควบคุมการถ่ายอุจจาระซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ จาก Barthel ADL index ของ Mahoney และ Barthel<sup>19</sup> โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนน แปลผลคะแนน มากกว่าเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คะแนนระหว่าง 5-11 หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นคำถามปลายปิด

2. แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแล (The Caregiving Burden) ของ Oberst พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการของ Lazarus และ Folkman<sup>20</sup> ดัดแปลงและแปลให้เหมาะสมกับคนไทย โดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา<sup>21</sup> ข้อคำถามประกอบด้วย ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล รวมทั้งหมด 15 ข้อ โดยคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ คะแนน 15.00 – 26.99 หมายถึง ภาวะการดูแลน้อยที่สุด คะแนน 27.00 – 38.99 หมายถึง ภาวะการดูแลน้อยคะแนน 39.00 – 50.99 หมายถึง ภาวะการดูแลปานกลางคะแนน 51.00 – 62.99 หมายถึง ภาวะการดูแลมากคะแนน 63.00 – 75.00 หมายถึง ภาวะการดูแลมากที่สุด

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลด้านการดูแลผู้สูงอายุ คำวนค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00, 0.92 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.92 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แล้วผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลประมาณ 15 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2554

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PASW สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.5 และ 29.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ( $\bar{X}=51.39, SD.=12.88$ ) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด คิดเป็นร้อยละ 53.4 ด้านการศึกษา ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 71.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว คิดเป็นร้อยละ 56.8 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 51.1 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 20,000 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.3 มีจำนวนชั่วโมงในการดูแล มากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 96.6 ส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 80.7

#### 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.3 และ 30.7 ตามลำดับส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 81-90 ปี ( $\bar{X}=45.50, SD.=8.21$ ) อายุเฉลี่ย 79.64 ปี โรคที่ได้รับการวินิจฉัยคือ Dementia คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาคือ Alzheimer's disease และ Vascular dementia คิดเป็นร้อยละ 27.2, 8.0 ตามลำดับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ 2 ปี คิด

เป็นร้อยละ 35.2ทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (TMSE) คะแนนส่วนใหญ่น้อยกว่า 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 68.2ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทล (Modified Barthel Index) มีคะแนนส่วนใหญ่มากกว่าเท่ากับ 12 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 48.9 และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 72.7

### 3. ภาวะของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงภาวะการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=35.60, SD=7.48$ ) เมื่อแบ่งตามรายด้านแล้ว ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความยากลำบากในการดูแลมากกว่าการใช้เวลาในการดูแล ( $\bar{X}=35.67, SD=8.23$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน แบ่งตามรายด้าน การใช้เวลา ความยากลำบาก (n = 88)

กิจกรรม	การใช้เวลา Mean (SD)	ความยากลำบาก Mean (SD)
ภาวะของญาติผู้ดูแลรายด้าน		
ด้านการดูแลทั่วไป	16.67(3.95)	16.53(4.25)
ด้านการดูแลระหว่างบุคคล	10.44(2.14)	10.70(2.77)
ด้านการดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	8.42(2.14)	8.43(2.56)
รวม	35.53(6.9)	35.67(8.23)

เมื่อพิจารณาถึงแต่ละกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลให้พักผ่อน ( $\bar{X}=3.17, SD=0.87$ ) 2) การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ ( $\bar{X}=3.11, SD=0.78$ ) 3) การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.97, SD=1.23$ ) และสำหรับกิจกรรมการดูแล

ที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การเฝ้าดูอาการและระวังอุบัติเหตุ ( $\bar{X}=3.23, SD=1.11$ ) 2) การดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลให้พักผ่อน ( $\bar{X}=3.15, SD=1.063$ ) 3) การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.07, SD=1.26$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้เวลา ความยากลำบาก ในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละกิจกรรม (n = 88)

กิจกรรม	การใช้เวลา Mean (SD)	ความยากลำบาก Mean (SD)
เฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ	3.11(0.78)	3.23(1.11)
จัดการเรื่องการเดินทาง	2.69(0.79)	2.68(0.95)
ให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน	2.80(0.60)	2.91(0.85)
ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย....	3.17(0.87)	3.15(1.06)
ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น	1.99(0.80)	2.00(0.91)
ติดต่อกับแพทย์และพยาบาล	2.12(0.58)	2.14(0.73)
ช่วยเหลือผู้ป่วย ในการพุงตัวในขณะที่เดิน...	2.55(1.24)	2.55(1.42)
จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	2.97(1.23)	3.07(1.26)
ทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น	1.52(0.58)	1.44(0.58)
จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย...	1.80(0.69)	1.75(0.74)
การให้การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล...	2.73(0.82)	2.73(0.91)
เตรียมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในการรักษา...	2.70(0.68)	2.74(0.83)
ทำงานอื่น ๆ เพิ่มขึ้นจากที่ทำตามปกติ	1.80(0.74)	1.74(0.80)
ช่วยผู้ป่วยในการอ่านเขียน	1.57(0.49)	1.50(0.58)
ช่วยติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ	2.02(0.77)	2.06(0.82)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ลดลงมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับ

ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล( $r = 0.25, p = 0.018$ )และการที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล( $r = 0.28, p = 0.008$ ) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
อายุ	1.00							
เพศ	-0.89	1.00						
ระดับการศึกษา	-0.12	-0.12	1.00					
รายได้ของครอบครัว	0.03	-0.13	0.10	1.00				
ประสบการณ์การดูแล	0.01	0.02	-0.32**	0.01	1.00			
BPSD	0.02	0.10	-0.02	0.09	0.12	1.00		
Modified Barthel Index	-0.03	0.15	-0.01	-0.05	0.13	0.07	1.00	
ความรู้สึกเป็นภาระ	-0.02	0.02	-0.14	-0.21	-0.08	0.28**	-0.25*	1.00

\*p &lt; 0.05, \*\* p &lt; 0.01

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยโดยจำแนกตามเพศพบว่า เพศหญิงมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย ( $\bar{X} = 35.68$ ,  $SD = 8.08$ ) และพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง และการที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.32$ ,  $p = 0.012$  และ  $r = 0.35$ ,  $p = 0.005$ ) ในขณะที่เพศชายไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.5 อายุเฉลี่ย 51.39 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรสาว ร้อยละ 56.8 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.4 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>22-24</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านส่วนใหญ่เป็นลูกสาว สถานภาพโสด อธิบายได้ว่าเนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทย บุตรต้อง มีหน้าที่ในการดูแลมารดา บิดา เพราะเป็นการแสดงถึง

การกตัญญูทดแทน การตอบแทนบุญคุณ และจะทำให้ชีวิตเจริญก้าวหน้า ไม่ตกต่ำ โดยเฉพาะบุตรสาวที่จะถูกอบรมเลี้ยงดูให้มีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลคนในครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยในครอบครัวขึ้น<sup>23</sup> ระดับการศึกษา ในศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 71.6 ซึ่งได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Muangpaisan<sup>22</sup> ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยจึงได้รับการสนับสนุนและมีโอกาสในด้านการศึกษาที่มากกว่าซึ่งจะมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากเพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะสามารถประยุกต์ความรู้ ประสบการณ์ การแสวงหาแหล่งประโยชน์และข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ได้ดีกว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 12 ชั่วโมงร้อยละ 55.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุรภิญ ชนะพิศ<sup>25</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 15 ชั่วโมงต่อวันหรือมากกว่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเองในหลายด้าน ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตและวางแผนการจัดการกับกิจกรรมการดูแลที่เพิ่ม

ขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาวะการดูแล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อาชีพ ญาติผู้ดูแลมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 51.1 ครอบคลุมครัวมีรายได้ 20,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 47.7 ดังนั้นศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 94.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือจากบุตรหลานได้ตามสิทธิของข้าราชการ จึงทำให้ประเมินได้ว่าไม่มีปัญหาในค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันพบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 96.6 แต่มีผู้ช่วยในการดูแลร้อยละ 80.7 จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมรับรู้ถึงภาวะการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม** ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.3 อายุเฉลี่ย 79.64 สอดคล้องกับพฤติกรรมการเกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า อุบัติการณ์เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบมากขึ้นเมื่อมีอายุที่มากขึ้น<sup>1,5</sup> ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยยาวนานกว่าเพศชายและยิ่งอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมในทุก ๆ ด้านรวมถึงสมองชนิดของภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.8 ซึ่งแตกต่างจากอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศที่จะพบว่า ชนิดอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด<sup>1</sup> ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยยังขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นแพทย์ส่วนใหญ่จึงให้การวินิจฉัยด้วยคำกลาง ๆ คือ Dementia มากกว่า<sup>5</sup> ระยะเวลาในการเจ็บป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่คือ 2 ปี ร้อยละ 35.2 และเมื่อทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (TMSE) ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน ร้อยละ 68.2 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัดซ์บาร์เทล (Modified Barthel Index) พบว่ามีคะแนนส่วนใหญ่มากกว่า

เท่ากับ 12 คะแนนร้อยละ 48.9 กล่าวได้ว่า ในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ถึงแม้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีความจำที่แย่ง แต่ก็ยังไม่กระทบถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน คือผู้ป่วยยังสามารถดูแลตัวเองได้ดีในระดับหนึ่ง ญาติผู้ดูแลจึงทำให้มีความรู้สึกเป็นภาระน้อย ถึงแม้จะพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการจัดการของญาติผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 72.7 แต่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการดูแลมาช่วยปลดปล่อย จึงส่งผลให้การศึกษานี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อย

**ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล** ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 35.6 (S.D. = 7.5) หมายความว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา<sup>11-13,24</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงเรียนทางการแพทย์และทางคลินิกผู้สูงอายุได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะในการดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้ดูแลทุกปี ปีละ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลและลดความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระยะแรก นั่นคือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมยังสามารถช่วยเหลือและดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51.39 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย นับว่าเป็นช่วงอายุที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากแล้ว ทำให้ญาติผู้ดูแลมีวุฒิภาวะทั้งด้านความคิดและอารมณ์มากพอ จนสามารถตัดสโนใจ และเผชิญกับปัญหาได้ อีกทั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการปลดปล่อยดูแล จึงทำให้การศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลด้านความยากลำบากใน



การดูแลมากกว่าด้านเวลา ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>22,24-25</sup> อาจเป็นเพราะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการดูแลมาช่วยแบ่งเบาภาระด้านเวลาแล้ว แต่การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะและความรุนแรงของโรคยังเป็นเรื่องที่ยาก ซับซ้อน วิธีการในการรับมือในแต่ละวัน ไม่ตรงไปตรงมา ต้องปรับเปลี่ยนไปตามอาการ อารมณ์และสถานการณ์ที่พบเจอ ณ ขณะนั้น บางกิจกรรมสามารถรับมือจัดการให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสงบลงได้ แต่บางกิจกรรมก็อาจจะไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปได้ ญาติผู้ดูแลจึงมีความรู้สึกเป็นภาระด้านความยากลำบากในการดูแลมากกว่าด้านการใช้เวลาในการดูแล

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติของญาติผู้ดูแล และศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอธิบายกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบริบทอื่น ๆ ได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นควรแนะนำให้ญาติผู้ดูแลคอยกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยังสามารถทำได้ด้วยตัวเอง เพื่อรักษาความสามารถของสมองในด้านต่าง ๆ ให้คงอยู่นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

2) การที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติ

ผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของโรค และให้คำแนะนำกับผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะ รวมไปถึงการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer Dement 2012; 8:131-68.
2. Institute for Population and Social Research Mahidol University. The population of Thailand in 2014. [Internet]. 2014 [cited: 2014 May 29]. Available from: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population\\_thai.html](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html). (in Thai).
3. Assantachai P, editor. Common health problems in the elderly and prevention, 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Unioncreation Co., Ltd; 2013. (in Thai).
4. Nasso J, Celia L. Dementia care: Inservice training modules for long-term care. New York: Thomson Delmar learning; 2007.
5. Muangpaisan W, editor. Dementia: Prevention, Assessment and Care. Bangkok: Parpim Ltd., Part; 2013.(in Thai).
6. The best of care: Getting it right for seniors in British Columbia. Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptom of Dementia in Residential Care [Internet]. 2012 [cited: 2014 May

- 1]. Available from: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>
7. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline for dementia.[Internet]. 2551 [cited 2014 May 14]. Available from: <http://pni.go.th/cpg/dementia-2008.pdf>(in Thai).
  8. Sasat S. Gerontological nursing: Common problems and caring guideline, 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Active Print Co., Ltd; 2008. (in Thai)
  9. Dickens H, Jolley D, McGuinness, O'Connor C, Passmore P, Robinson L et al. Better recognition of dementia: A guide for general practice. Practice Nursing [Internet]. 2009 [cited: 2014 May 1]. Available from: [http://www.practicingnursing.com/downloads/PN\\_20\\_6\\_S\\_Dementia.pdf](http://www.practicingnursing.com/downloads/PN_20_6_S_Dementia.pdf)
  10. Vision and strategy: an approach for dementia care [Internet]. England: 2012 [cited 2014 Feb 14]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/6c-dementia.pdf>
  11. Liu J, Wang LN, Tan JP, Ji P, Gauthier S, Zhang YL, et al. Burden, anxiety and depression in caregivers of veterans with dementia in Beijing. Arch GerontolGeriatr. 2012 Nov-Dec;55(3): 560-3.
  12. Chaoum W. Care burden and general well-being in family caregivers of dependent elderly. Master's Thesis of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 1993. (in Thai).
  13. Freeman S, Kurosawa H, Ebihara S, Kohzuki M. Caregiving burden for the oldest old: a population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. Arch GerontolGeriatr. 2010 May-Jun;50(3):282-91.
  14. Maki Y, Yamaguchi H. Early detection of dementia in the community under a community-based integrated care system. Geriatr Gerontol Int. 2014 Apr;14 Suppl 2:2-10
  15. Huang SS, Lee MC, Liao YC, Wang WF, Lai TJ. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. Arch GerontolGeriatr. 2012 Jul-Aug;55(1):55-9.
  16. Wigglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. J Am Geriatr Soc. 2010 Mar;58(3):493-500.
  17. Polit DF, Beek CT. Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins 2008; 605.
  18. Train The Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE)1993; 45: Available from: [http://www.sirirajmedj.com/content.php?content\\_id=1689](http://www.sirirajmedj.com/content.php?content_id=1689).
  19. Jitapunkun S, editor. Analysis of the elderly. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1998. P.85-6.
  20. Oberst MT, Thomas SE, Gass KA, Ward SE. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nurs. 1989 Aug;12(4):209-15.
  21. Kasamkijwatana S. Causal models of chronic stress on the role of the wife as caregiver. Bangkok. Mahidol University; 1993. (in Thai).
  22. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S,

- et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med Assoc Thai* 2010;93:601-7.
23. Vatcharapichat N. Woman's role as the caregiver of chronic illness patient in the family. Master's Thesis in Rural Development Studies, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2000. (in Thai).
24. Keatkrai P. The relationship between caregiving burden, self-care activities, and needs of support of working caregivers. Master's Thesis of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2007. (in Thai).
25. Chanapit S. The development of a nursing program to reduce caregiver for burden in caring for dementia elders. Thematic paper of Nursing Science (Family Nurse Practitioner)