

Prevalence and Association Factors of Stress & Depression of Palliative-Patient Caregivers, in NANOI Community Hospital Catchment Area, NAN Province.

*Witsanu Mongkolkum, M.D, M.P.H.**

Abstract

This is a cross-sectional analytic study to determine the prevalence and factors associated with stress and depression that causes palliative-patient caregivers, in the Na-noi hospitals catchment area. The sample are the main caregiver of the 9 diseases of palliative-patient. Data collection by interview, the tool is general information questionnaire, stress assessment (ST-5), 2 questions for depression screening (2Q) and 9 risk assessment of depression (9Q). The study found 88.7 percent of samples were stressful, with a slight strain of stress found 68.6 percent, with moderate stress found 15.3 percent, with severe stress and the most stressful found 4.0 percent and 0.8 percent, respectively. Factors associated stress of caregiver have shown that the loss of social opportunities, declining income, patient's disease, and having a sometime of co-caregiver are statistically significantly more stress-causing factors. The factors that have a very stress-induced effect (ST-5 scores over 4) are the caregivers who care for elderly patients with dementia has the highest average stress score, the second is a statistically significant increase in caregiver income. People earning between 10,000-15,000 Baht per month had the highest prevalence of depression, 33.3 percent of those earning more than 15,000 Baht per month with 25 percent of depression, while those earning between 5,000-10,000 and less than 5,000 Baht per month were found to have depression of just 6.1 percent and 2.8 percent, respectively. Comparisons within each group of factors showed that the stress scores of elderly patient-caregivers are higher than, and statistically significant, the patient's caregiver of end-stage kidney disease, end-stage pulmonary diseases. Income-loss factors showed that those with incomes fell 25-50 percent with the highest stress scores and higher than those whose incomes did not decrease at all statistically significant. Co-caregiver factor found that having some other caregivers involved some time had statistically significantly higher stress and higher than having multiple co-caregivers.

And found that the loss of opportunities to participate in social activities had statistically significant of higher stress scores.

Keywords: Palliative patients; Caregiver; Stress; Depression

**Department of Medicine, Nanoi Hospital, Nan province.*

Received: April 28, 2020; Revised: June 19, 2020; Accepted: July 31, 2020

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขตพื้นที่ให้บริการ ของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

วิชญ์ มงคลคำ, พ.บ., ส.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional analytic study) เพื่อหาความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้านั้น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลน่าน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ 9 กลุ่มโรค เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.7 มีภาวะเครียด โดยมีภาวะเครียดเล็กน้อยซึ่งสามารถพบได้ในบุคคลทั่วไปร้อยละ 68.6 มีภาวะเครียดปานกลางร้อยละ 15.3 มีภาวะเครียดมากและมากที่สุดร้อยละ 4.0 และ 0.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลพบว่า การสูญเสียโอกาสทางสังคม การลดลงของรายได้ โรคของผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ และการมีผู้ดูแลร่วมบางครั้ง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลให้เกิดความเครียดมาก (ST-5 score > 4) คือ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงที่สุดคือ 4.22 รองลงมาคือปัจจัยด้านรายได้ของผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 5,000–10,000 บาทต่อเดือนมีค่าคะแนนความเครียดอยู่ที่ 4.03 ในส่วนของภาวะซึมเศร้าพบความชุกของภาวะซึมเศวร้อยละ 5.6 ปัจจัยด้านรายได้ของผู้ดูแลมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้เฉลี่ยสูงจะมีภาวะซึมเศร้าสูง ผู้มีรายได้ระหว่าง 10,000–15,000 บาทต่อเดือนมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือร้อยละ 33.3 ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือนมีภาวะ

ซึมเศร้าร้อยละ 25 ส่วนผู้ที่มียาได้ระหว่าง 5,000–10,000 และน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนพบมีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 6.1 และ 2.8 ตามลำดับ การเปรียบเทียบภายในกลุ่มของแต่ละปัจจัยพบว่าคะแนนความเครียดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมจะสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายและโรคถุงลมโป่งพองระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านการสูญเสียรายได้พบว่าผู้ที่รายได้ลดลงร้อยละ 25–50 มีคะแนนความเครียดสูงสุดและสูงกว่าผู้ที่รายได้ไม่ลดลงเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมีผู้ดูแลร่วมพบว่าการที่มีผู้ดูแลอื่นร่วมบางเวลามีผลต่อภาวะเครียดสูงสุดและสูงกว่าการมีผู้ดูแลร่วมประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการสูญเสียโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีคะแนนความเครียดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย; ผู้ดูแลผู้ป่วย; ภาวะเครียด; ภาวะซึมเศร้า

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลน่านน้อย จ.น่าน

ได้รับต้นฉบับ 28 เมษายน 2563; แก้ไขบทความ: 19 มิถุนายน 2563; รับลงตีพิมพ์: 31 กรกฎาคม 2563

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิต อารมณ์ และด้านสังคม เกิดความเครียดเรื้อรังและเกิดผลเสียโดยรวมต่อสุขภาพ โดยเฉพาะหากญาติหรือผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิม หรือเป็นผู้สูงอายุ⁽¹⁾ ผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่าร่างกายต้องการได้รับการดูแลทางด้านกายภาพมากขึ้น มีการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการทางกายภาพมากขึ้น⁽²⁾ ผลกระทบนี้จะมีมากขึ้นโดยเฉพาะช่วง 3 เดือนสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วย⁽³⁾ นอกจากนี้ความรุนแรงของผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ดูแลยังขึ้นกับระยะของโรคอีกด้วยพบว่าในกรณีของโรคมะเร็ง ผลกระทบทางกายภาพของผู้ดูแลจะรุนแรงขึ้นเมื่อโรคเปลี่ยนระยะมากขึ้น⁽⁴⁾ และยังพบอีกว่าหากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพของตัวเองอยู่ก่อนแล้ว ปัญหาสุขภาพนั้นจะแย่ลงหรือกำเริบมากขึ้นได้⁽⁵⁾ ผลกระทบทางด้านจิตและอารมณ์พบว่าผลกระทบทำให้เกิดภาวะ อังว้าง

ไม่มีความสุข มีความรู้สึกผิด โทษตัวเอง รู้สึกหมดหนทางและขาดการควบคุม⁽⁶⁾ รู้สึกอ่อนเพลีย มีปัญหาด้านการนอน วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกกดดันหมดกำลัง (Burnout)⁽⁷⁾ ผลกระทบทางสังคมพบมีการแยกตัวออกจากสังคม ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลงและขาดการสนับสนุนจากสังคม ส่วนผลกระทบทางเศรษฐกิจ พบว่ารายได้ของครอบครัวลดลงถึง 2 ทาง คือรายได้ที่เคยได้จากผู้ป่วยหมดไป และรายได้ของผู้ดูแลลดลงจากจำนวนเวลาการทำงานที่ลดลง (เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น) หรือการถูกเลิกจ้างหรือเกษียณก่อนกำหนด⁽⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ประเภทสมองเสื่อม) ร้อยละ 8⁽⁹⁾ โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือภาวะเครียดสะสมของผู้ดูแลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง⁽¹⁰⁾ จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้

ของผู้ดูแล⁽¹¹⁾ ตามลำดับข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่า ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเครียดและซึมเศร้า ซึ่งอาการดังกล่าวหากไม่ได้รับการรับรู้และให้การดูแลรักษาตั้งแต่แรกก็อาจทำให้เกิดผลเสียที่รุนแรงตามมาได้ ซึ่งในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน่านมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ อยู่ในการดูแลอยู่จำนวนหนึ่ง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 88 ราย และในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนแล้วทั้งสิ้น 72 ราย (ต.ค. 2561–ม.ค. 2562) ในขณะที่ แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น พบว่าเป็นการ มุ่งความสนใจไปที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนความสนใจในตัวผู้ดูแลมีน้อย ดังนั้นใน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจ หาความทุกข์ของภาวะเครียดและซึมเศร้าที่ เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขต พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลน่าน และ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด และซึมเศร้านั้น เพื่อทราบความรุนแรงและ ขนาดของปัญหา นำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผน การให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาความทุกข์ของภาวะ เครียดและซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลน่านและศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้านั้น

เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการ ส่งเสริมป้องกันและให้บริการสุขภาพอย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคตต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาค ตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional analytic study) เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2562 หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ฯ แล้ว โดยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ดูแลที่กำลังให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกรายและดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ดูแลรายใหม่สะสมจน ครบจำนวนตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งขึ้นบัญชีเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ของกรมการ แพทย์ 9 กลุ่มโรค⁽¹²⁾ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดง 9 กลุ่มโรค และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย, กรมการแพทย์
2559

โรค	เงื่อนไขสำหรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย(อย่างน้อย 1 ข้อ)
1. Cancer	Uncontrolled symptoms, severe distress, poor prognosis (ECOG* 3 or KPS** 5 _{or} PPS*** 50), Metastasis, ผู้ป่วยหรือญาติร้องขอ
2. post-Stroke	PPS ≤ 60% or Karnofsky score < 50%, Age > 70, มีภาวะแทรกซ้อน (Pressure sore grade 3-4, Infection, Malnutrition)
3. ESRD	ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ฟอกไต, มีโรคร่วมรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอย่างมาก
4. CHF	Advance stage, DCM c EF < 30%, PPS < 50%, admit due to severe symptoms > 2/12 เดือน, ใช้เครื่องพยุงหัวใจ, Cardiac cachexia
5. โรคปอดเรื้อรัง	FEV1 < 30%, admit due to AE > 3/12 เดือน, MRC grade 4/5, long term O2 therapy, Right Heart failure, continuous systemic steroids > 6wks, Dyspnea at rest, Hypoxia at rest, Cor pulmonale
6. ผู้บาดเจ็บหลายระบบ	คะแนน Injury Severity Score (ISS) สูง > 25 คะแนน), Vegetative stage
7. โรค AIDS	Advance disease with poor prognosis, มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
8. ผู้ป่วยเด็ก	Severe cerebral palsy, Severe disability
9. Aging/Dementia	Barthel score(ADL) < 3, Pressure sore grade 3-4, นอน > 50% ของเวลาทั้งวัน มีภาวะซึมเศร้าร่วม

*Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG) score, **Karnofsky score, ***Palliative Performance Scale

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคือ ผู้ดูแลปัจจุบันของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและเยี่ยมบ้านตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล นาน้อยในช่วงเวลาที่ศึกษา (Inclusion criteria) โดยหากมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน เป้าหมายที่ศึกษาคือผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับคนผู้ป่วยในแต่ละวันมากที่สุด ผู้ดูแลรายเก่าที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้วจะไม่ถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้ (Exclusion criteria) ปัจจัยที่สำรวจเพื่อหาความสัมพันธ์กับภาวะ เครียดและซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในเขตพื้นที่อำเภอนาน้อยประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การลดลงของรายได้ที่เคยได้รับ การมีผู้ดูแลร่วม ระยะ เวลาที่ใช้ต่อวันกับผู้ป่วยและการมีเวลาไป ร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ลดลงของผู้ดูแล ร่วมถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินของ Barthel (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แบ่งเป็น ผู้ป่วยติดเตียง (ADL 0-4) ผู้ป่วยติดบ้าน (ADL 5-11) และผู้ป่วยติดสังคม (ADL 12-20) ตามลำดับ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความ ชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง(สมองเสื่อม) ร้อยละ 8⁽⁹⁾

กำหนดสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง $n = Z^2 P(1-P) / e^2$ เมื่อ $Z = 1.96$ และกำหนด $e = 0.05$

แทนค่าในสูตร ความชุกของภาวะซึม เศร้าเท่ากับร้อยละ 8 ดังนั้น $n = 1.96^2 (0.08) (0.92) / 0.05^2 = 113$

การเก็บข้อมูล

ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบ ประเมินภาวะเครียด (ST-5) แบบประเมิน ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะซึม เศร้า(2Q,9Q) โดยแบบประเมิน ST-5 มีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของ แพทย์เท่ากับ 0.470 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบ ประเมิน Thai-HADS ซึ่งเป็นแบบวัด อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของ ผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาลเท่ากับ 0.816 ที่ ระดับนัยสำคัญ 0.01 ค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.293 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.000⁽¹³⁾ ส่วนแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่าถ้าตอบคำถามข้อใดข้อ หนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.6% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้า ตอบใช่ทั้งสองข้อ จะมีความจำเพาะ 85.1% ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า⁽¹²⁾ และ แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q) มีค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไปมีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความ จำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 to 0.94) ซึ่งค่าความ ไวและความจำเพาะที่สูงและ

มีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ซึมเศร้า จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมให้นำไปใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ⁽¹⁴⁾ โดยกรมสุขภาพจิตแนะนำให้ใช้ในสถานบริการที่ไม่มีจิตแพทย์⁽¹³⁾

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตามหนังสือรับรองเลขที่ 038/2562 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2562

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 124 คน เป็นเพศชายร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 57 ปี เป็น

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศหญิงร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 52 ปี ผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลส่วนใหญ่คือโรค มะเร็ง ร้อยละ 29.8 รองลงมาคือผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 25.8 และโรคไตระยะสุดท้ายร้อยละ 19.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 54 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 64 รายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 93 ของผู้ดูแลใช้เวลาในการอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมง โดยร้อยละ 50.4 ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย 8-16 ชั่วโมงต่อวันและร้อยละ 42.6 ใช้เวลามากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน โดยร้อยละ 50.9 มีผู้ดูแลร่วมช่วยบ้างบางเวลา ส่วนร้อยละ 31.6 ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง (ตาราง 2)

ปัจจัย		จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มโรคของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแล*	Cancer	37(29.8)
	Stroke	9(7.3)
	Renal Disease	24(19.4)
	Cardiovascular disease	7(5.6)
	Pulmonary disease	15(12.1)
	Aging/Dementia	32(25.8)
ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ต้องดูแล (Barthel score)	1.ติดเตียง (ADL 0-4)	67(54.0)
	2.ติดบ้าน (ADL 5-11)	25(20.2)
	3.ติดสังคม (ADL 12-20)	32(25.8)
การศึกษาของผู้ดูแล (N=114)**	1.ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73(64.0)
	2.มัธยมศึกษาตอนต้น	18(15.8)
	3.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16(14.0)
	4.อนุปริญญา/ปวส.	4(3.5)
	5.ปริญญาตรี	3(2.6)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน) (N=115)**	1. น้อยกว่า, 5000	72(62.6)
	2. 5,000-10,000	33(28.7)
	3. 10,000-15,000	6(5.2)
	4. มากกว่า 15,000	4(3.5)
จำนวนผู้ดูแลร่วม (N=114)**	1. ดูแลคนเดียว	36(31.6)
	2. มีคนอื่นช่วยบ้างบางเวลา	58(50.9)
	3. มีหลายคนช่วยกันดูแล	20(17.5)
เวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (N=115)**	1. มากกว่า 16 ชั่วโมง	49(42.6)
	2. 8-16 ชั่วโมง	58(50.4)
	3. น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	8(7.0)

ในส่วนของผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 30 รายได้ไม่ลดลง ผู้ดูแลร้อยละ 18.9 รายได้ลดลงร้อยละ 25-50 ผู้ดูแลร้อยละ 21.9 รายได้ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 จากที่เคยได้ และผู้ดูแลร้อยละ 74.8 ตอบว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาไปร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	
การสูญเสียรายได้ (N=114)**	1. ลดลงมากกว่าร้อยละ 50	25(21.9)
	2. ลดลงร้อยละ 25-50	33(28.9)
	3. ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 25	21(18.4)
	4. รายได้ไม่ลดลง	35(30.7)
มีเวลาไปร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (N=115)**	1. ใช่	86(74.8)
	2. ไม่ใช่	29(25.2)

หมายเหตุ: *ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วย Multiple trauma patients, Infection:HIV/AIDS, Pediatric

**ตัวอย่างบางรายไม่แจ้งข้อมูลในส่วนนี้

เมื่อประเมินความเครียดและซึมเศร้า ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดสูงสุดรองของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 11.3 ไม่มีความเครียด ร้อยละ 68.6 มีความเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 15.3 มีความเครียดปานกลาง และร้อยละ 4.8 มีความเครียดมากถึงมากที่สุด โดยพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ตารางที่ 4 ภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล		จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความเครียด	ไม่เครียด (0 คะแนน)	14(11.3)
	เครียดน้อย (1-4 คะแนน)	85(68.6)
	เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	19(15.3)
	เครียดมาก (8-9 คะแนน)	5(4.0)
	เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	1(0.8)
ภาวะซึมเศร้า (9Q score ≥ 7)	มีภาวะซึมเศร้า	7(5.6)
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	117(94.4)

ตารางที่ 4.1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแยกตามปัจจัยที่ศึกษา

	ปัจจัย	ST-5 score (SD)
เพศ	1. ชาย (N=31)	2.58(2.45)
	2. หญิง (N=93)	3.31(2.26)
กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ดูแล	1.Cancer (N=37)	3.43(1.92)
	2.Stroke (N=9)	3.56(2.13)
	3.Renal Disease (N=24)	2.04(1.65)
	4.Cardiovascular disease (N=7)	2.86(2.04)
	5.Pulmonary disease (N=15)	1.67(1.63)
	6.Aging/Dementia (N=32)	4.22(2.93)
ADL-type	1.ติดเตียง (N=67)	3.46(2.01)
	2.ติดบ้าน (N=25)	2.72(2.25)
	3.ติดสังคม (N=32)	2.75(2.90)

	ปัจจัย	ST-5 score (SD)
การศึกษาของผู้ดูแล	1. ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า (N=73)	3.60(2.41)
	2. มัธยมศึกษาตอนต้น (N=18)	2.83(2.15)
	3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (N=16)	2.81(1.83)
	4. อนุปริญญา/ปวส. (N=4)	3.50(3.10)
	5. ปริญญาตรี (N=3)	1.67(1.53)
รายได้เฉลี่ย(บาท)	1. น้อยกว่า, 5000 (N=72)	2.93(1.98)
	2. 5,000-10,000 (N=33)	4.03(2.67)
	3. 10,000-15,000 (N=6)	3.50(3.02)
	4. มากกว่า 15,000 (N=4)	3.25(3.40)
การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล	1. รายได้ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 (N=25)	3.72(2.13)
	2. รายได้ลดลงร้อยละ 25-50 (N=33)	3.97(3.00)
	3. รายได้ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 25 (N=21)	2.90(1.76)
	4. รายได้ไม่ลดลง (N=35)	2.46(1.65)
จำนวนผู้ดูแลร่วม	1. ดูแลคนเดียว (N=36)	3.39(1.86)
	2. มีคนอื่นช่วยบ้างบางเวลา (N=58)	3.67(2.68)
	3. มีหลายคนช่วยกันดูแล (N=20)	2.00(1.45)
เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	1. มากกว่า 16 ชั่วโมง (N=49)	3.67(2.59)
	2. 8-16 ชั่วโมง (N=58)	3.14(2.14)
	3. น้อยกว่า 8 ชั่วโมง (N=8)	2.00(1.20)
การสูญเสียโอกาสทางสังคม	1. ใช่ (N=86)	3.59(2.33)
	2. ไม่ใช่ (N=29)	2.38(2.08)

โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การสูญเสียโอกาสทางสังคม การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลและจำนวนผู้ดูแลร่วม ส่วนปัจจัยอื่นคือ ADL-type ของผู้ป่วย การศึกษาของผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวันไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเครียดของผู้ดูแล (ตาราง 5.1-5.2)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ตาราง 5.1 ปัจจัย 2 กลุ่มที่ไม่ขึ้นต่อกัน

ปัจจัย		Mean ST-5	S.D	t	p-value
การสูญเสียโอกาสทางสังคม	1. ใช่	3.59	2.33	2.49	0.01
	2. ไม่ใช่	2.38	2.08		

ตาราง 5.2 ปัจจัยหลายกลุ่ม

ปัจจัย		Mean ST-5	SD	F	p-value
กลุ่มโรค	Cancer	3.43	1.92	4.38	0.001
	Stroke	3.56	2.13		
	Renal Disease	2.04	1.65		
	Cardiovascular disease	2.86	2.04		
	Pulmonary disease	1.67	1.63		
	Aging/Dementia	4.22	2.93		
การสูญเสียรายได้	1. รายได้ลดลงมากกว่าร้อยละ 50	3.72	2.13	3.13	0.03
	2. รายได้ลดลงร้อยละ 25-50	3.97	3.00		
	3. รายได้ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 25	2.90	1.76		
	4. รายได้ไม่ลดลง	2.46	1.65		
จำนวนผู้ดูแลร่วม	1. ดูแลคนเดียว	3.39	1.86	4.09	0.02
	2. มีคนอื่นช่วยบ้างบางเวลา	3.67	2.68		
	3. มีหลายคนช่วยกันดูแล	2.00	1.45		

เมื่อทำการจับคู่เพื่อทดสอบความแตกต่างพบว่าความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมสูงที่สุดและสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไทรอยะสุดท้ายและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่รายได้ลดลงจากเดิมร้อยละ 25-50 จะมี

ความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่รายได้ไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนผู้ดูแลร่วมพบว่าการมีผู้ดูแลอื่นร่วมบ้างบางเวลาจะมีความเครียดสูงสุดและสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการมีผู้ดูแลหลายคนร่วมกัน (ตาราง 5.3)

ตาราง 5.3 เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc Test) เพื่อหาความแตกต่างของความเครียดของผู้ดูแลระหว่างปัจจัยที่มีผลการทดสอบ ANOVA แล้วพบมีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

	ปัจจัย	จับคู่ปัจจัย	Mean difference	Std. Error	p-value
กลุ่มโรค	(1) Cancer	9 vs. 3	2.18	0.59	0.02
	(2) Stroke				
	(3) Renal Disease	5	2.55	0.68	0.02
	(4) Cardiovascular disease				
	(5) Pulmonary disease				
	(6) Multiple trauma patients				
	(7) Infection:HIV/AIDS				
	(8) Pediatric				
	(9) Aging/Dementia				
การสูญเสียรายได้		2 vs. 4	1.51	0.54	0.05
	1.รายได้ลดลง > ร้อยละ 50				
	2.รายได้ลดลงร้อยละ 25-50				
	3.รายได้ลดลง < ร้อยละ 25				
	4.รายได้ไม่ลดลง				
จำนวนผู้ดูแลร่วม		2 vs. 3	1.67	0.59	0.02
	1. ดูแลคนเดียว				
	2. มีคนอื่นช่วยบ้าง				
	3. มีหลายคนช่วยกันดูแล				

ในส่วนของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ระหว่าง 10,000-15,000 บาทต่อเดือนพบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 33.3 รองลงมาคือมีผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า 15,000 ต่อเดือน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนพบภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 8.9 เท่านั้น (ตาราง 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้า ($2Q+ve$ และ $9Q \geq 7$) ของผู้ดูแล

ปัจจัย	ซึมเศร้า	ร้อยละ	Chi-square	p-value
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล (บาท/เดือน)				
1. น้อยกว่า, 5000	2	2.8	9.45	0.009
2. 5,000–10,000	2	6.1		
3. 10,000–15,000	2	33.3		
4. มากกว่า 15,000	1	25.0		

วิจารณ์

จากผลการศึกษาหากไม่นับความเครียดเล็กน้อยซึ่งสามารถพบได้ในประชากรปกติแล้วจะพบความทุกข์ของภาวะเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่ากับร้อยละ 20.1 โดยร้อยละ 15.3 มีความเครียดปานกลาง และร้อยละ 4.8 มีความเครียดมากถึงมากที่สุด ความเครียดสูงที่สุดพบในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม ทั้งนี้ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม มักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมวัตรประจำวันไม่แน่นอน ตลอดจนปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้าได้ง่ายและทำให้เกิดความเครียดขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมเหล่านี้มักมีอายุยืนยาว ทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาสะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลโรคอื่นเช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมักเสียชีวิตภายในระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อิติพันธ์ และคณะ ที่พบว่าความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมีสูงถึงร้อยละ 15.7 และ 28.3 โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์คือภาวะ

เครียดสะสมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 5.6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พชรมณท์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำการศึกษานี้มีหลายกลุ่มโรคและส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมารถึงระยะสุดท้ายและมีชีวิตอยู่ไม่นานความเครียดสะสมของผู้ดูแลจึงยังไม่ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากนัก สำหรับปัจจัยการมีผู้ดูแลร่วมการศึกษานี้พบว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังหรือการมีผู้ดูแลร่วมอยู่เพียงบางเวลาจะมีคะแนนความเครียดสูงกว่าการมีผู้ดูแลร่วมประจำหลายคน สอดคล้องกับการศึกษาของ สาสิณี และคณะ ที่พบว่าการมีผู้ดูแลร่วมจะทำให้ผู้ดูแลมีความสุขมากขึ้นและความเครียดลดลง⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการที่มีผู้ดูแลหลายคนย่อมทำให้มีโอกาสได้พักหรือร่วมหารีหรือพูดคุยกัน ในส่วนของปัจจัยด้านรายได้การศึกษาพบว่าผู้ที่มีการรายได้ต่อเดือนมากกลับมีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าสูงซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม

ยังไม่พบความสัมพันธ์ลักษณะนี้ในงานวิจัยอื่นมาก่อน อย่างไรก็ตามพบงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของรายได้กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเองไม่ใช่ผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากภาวะซึมเศร้าจะน้อย⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้อาจสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่มีรายได้มากเป็นผลมาจากการใช้กำลังกายและกำลังใจเป็นอย่างมากในการหารายได้ไปพร้อมๆ กันกับการดูแลผู้ป่วยจึงอาจเป็นสาเหตุให้เกิดเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า ต่างจากผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยเพราะไม่ได้ไปหารายได้เพิ่มทางอื่นแต่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ประกอบกับเมื่อพิจารณาาร่วมกับปัจจัยเรื่องการลดลงของรายได้ซึ่งการศึกษานี้พบว่า การลดลงของรายได้มากกว่าร้อยละ 25 ขึ้นไปมีคะแนนความเครียดสูงที่สุดถึง 3.95 คะแนน นั่นอาจอธิบายสาเหตุได้ว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมากเมื่อต้องมาสูญเสียรายได้จากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียงร้อยละ 25 ก็ถือว่าสูญเสียมาก จึงมีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ซึ่งถึงแม้จะสูญเสียในอัตราร้อยละเท่ากันแต่จำนวนเงินที่หายไปกลับไม่มาก อย่างไรก็ตามอาจมีสาเหตุอื่นซึ่งจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการออกแบบการศึกษาที่มุ่งเน้นกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ศึกษาซึ่งส่วนมากผู้ป่วยเพิ่งขึ้นทะเบียนได้ไม่นานดังนั้นปัจจัยด้านระยะเวลาสะสมตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึง

ช่วงเวลาเก็บข้อมูลจึงไม่ได้ถูกออกแบบไว้ในแบบประเมิน อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาก็เห็นได้ว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมายาวนานกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่นพบมีปัญหาภาวะเครียดและซึมเศร้ามากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁰⁾ ส่วนข้อได้เปรียบของการศึกษานี้คือกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าอย่างรวดเร็วตั้งแต่เปลี่ยนสถานะมาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้สามารถตรวจพบปัญหาและให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว

สรุป

ภาวะเครียดและซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลน่าน พบมากและรุนแรงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นหากจะมีการศึกษาเพื่อต่อยอดหรือทำโครงการเฉพาะในพื้นที่ เพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ควรเลือกกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนกลุ่มอื่น โดยเฉพาะในอนาคตที่สังคมกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัวปัญหาเหล่านี้จะมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.พุฒิศักดิ์ วรเดชวิทยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติจังหวัดน่าน ผู้ให้คำแนะนำการคำนวณขนาดตัวอย่างและการเลือกสถิติในการวิเคราะห์ อาจารย์ ดร.สุทธิชัย ศิรินวล อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยพะเยา ผู้ให้คำแนะนำการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมดูแลผู้ป่วยระยะ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS สุดท้าย คปสอ.น่าน้อยทุกท่านที่ร่วมลง
พญ.กรณัฏฐ์ จันทรผ่องแสง กุมารแพทย์ พื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาที่ให้
คำแนะนำเกี่ยวกับการตีพิมพ์ในครั้งนี้ และ

เอกสารอ้างอิง

1. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29:22-31.
2. Andershed B. Relatives in end-of-life care - part 1: A systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. J Clin Nurs 2006;15:1158-69.
3. Brazil K, Bedard M, Willison K, Hode M. Caregiving and its impact on families of the terminally ill. Aging Ment Health 2003;7:376-82.
4. Hauser JM, Kramer BJ. Family caregivers in palliative care. Clin Geriatr Med 2004;20:671-88.
5. Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. Can J Psychiatry 2004;49:359-65.
6. Payne S, Smith P, Dean S. Identifying the concerns of informal carers in palliative care. Palliat Med 1999;13:37-44.
7. Barg FK, Pasacrete JV, Nuamah IF, Robinson KD, Angeletti K, Yasko JM, et al. A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. J Fam Nurs 1998;44:394-413.
8. Kellehear A. Understanding the social and cultural dimensions of family caregiving. In Hudson P, Payne S, Editors. Family Carers in Palliative Care A Guide for Health and Social Care Professionals. New York: Oxford University Press; 2009. P.21-36.
9. พชรมณต์ ลำเลียงพล. ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558;23:112-24.
10. ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, ปิยนุช กิมเสาว์. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559;61:319-30.

11. เชิดชาย ชยวัฒน์. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์เขต 4-5 2559;35:14-27. 12. กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพฯ:สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
12. กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2558.
14. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤษักานนท์, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:321-34.
15. สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, รศรินทร์ เกรย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารประชากร 2555-2556;4(1):75-92.
16. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2558;1:63-74.
-