

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลระยะยาว ในอำเภอบุนตล จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

กองกิติ ชัยชนะ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว คือ ผู้ป่วยที่มีระดับ ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 มีเพิ่มจำนวนมากขึ้น จากข้อมูลของโรงพยาบาลขุนตาลที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลหลักมีภาวะซึมเศร้า และส่งผลเสียต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอบุนตล ระหว่างกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563

วิธีการศึกษา : เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอบุนตลจำนวน 150 ราย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถามทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส จำนวนโรคประจำตัว จำนวนกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนผู้ที่มาช่วยดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (2Q, 9Q) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ อัตราความชุก ร่วมกับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 Odds Ratio Chi square และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์เพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว พบว่ามีผู้เข้าร่วมการศึกษา 150 ราย เป็นเพศชาย 36 ราย และ หญิง 114 ราย มีภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 6 ราย พบความชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 4 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล (OR=5.423, 95%CI: 1.189 - 24.725 ,p-value = 0.029) และ ความต้องการทำแผลของผู้ป่วยที่ดูแล (OR=2954.416, 95%CI: 1.830 - 4768479.684 ,p-value = 0.034 ,0.010)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอบุนตล คือ ร้อยละ 4 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแล และความต้องการทำแผลของผู้ป่วยที่ดูแล

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแล ดูแลระยะยาว

*โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ : คงศักดิ์ ชัยชนะ E-mail : kongsak4807017@gmail.com

วันที่รับเรื่อง : 28 พฤษภาคม 2563 วันที่ส่งแก้ไข : 16 สิงหาคม 2563 วันที่ตีพิมพ์ : 16 สิงหาคม 2563

Depression among family caregivers of long term CARE patients in Khuntan DISTRICT, CHIANGRAI, THAILAND

Kongsak Chaichana M.D.*

ABSTRACT

BACKGROUND : Depression is the most important mental health problem in Thailand and the number of patients who need long term care who have ADLs ≤ 11 are increasing quickly. According to information from Khuntan Hospital, the family caregivers have depression and lose some function to care long term patients. Therefore, The authors are interested to find prevalence and associated factors of depression for improving the policy of the mental health care system.

OBJECTIVE : To study the prevalence and associated factors of depression in family caregivers of long term patients in Khuntan district, Chiangrai ,Thailand between September 2019 to March 2020

METHODS : A cross-sectional descriptive study was conducted. Participants were 150 family caregivers of long term patients in Khuntan district, Chiangrai, Thailand between September 2019 to March 2020. Questionnaire consisted of general basic information such as sex, marital status, and number of chronic disease, number of care activities, and number of tablets, number of care helper, ADLs assessment and associated factors of depression. Depression assessed by 2Q, 9Q Questionnaire Thai version. The general basic information and prevalence of depression were analyzed by descriptive statistics. Multiple logistic regression, odds ratio, 95%CI and chi-square test were used to identify which factors related to depression.

RESULTS : The population included 150 participants; 36 were male and 114 were female from family caregivers of long term patients in Khuntan district, Chiangrai, Thailand. It was found that the prevalence of depression evaluated from 2Q, 9Q Questionnaire Thai version was 4%. Factors associated with depression were number of patients in care (OR=5.423, 95%CI: 1.189 - 24.725, p-value = 0.029) and needing to care chronic wounds of patient (OR=2954.416, 95%CI: 1.830 - 4768479.684, p-value = 0.034, 0.010)

CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS : The prevalence of depression in family caregivers of long term patients in Khuntan district, Chiangrai, Thailand was 4%. Factors associated with depression were number of patients in care and needing to wound care of patient

KEYWORDS : depression, caregivers, long term care

*Khuntan Hospital Chiangrai Province

Corresponding Author : Kongsak Chaichana E-mail : kongsak4807017@gmail.com

Accepted date : 28 May 2020 Revise date : 16 August 2020 Publish date : 16 August 2020

ความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่ 4 ที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศหญิง (ร้อยละ 5.1¹) จากข้อมูลการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2558 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในประเทศไทย (ร้อยละ 21) หรือประมาณ 1.3 ล้านคน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมหลัก ซึ่งมีความยากง่ายต่างกันในแต่ละรายส่งผลต่อการสูญเสียโอกาสต่าง ๆ ทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้ดูแล² และในปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลขุนตาลได้จัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ในปี พ.ศ.2561 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดเชียงราย มีจำนวน 3,270 คน ในอำเภอบุนตล มีจำนวน 71 คน และในปี 2562 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดเชียงราย มีจำนวน 3,488 คน ในอำเภอบุนตลมี จำนวน 76 คน¹⁸

จากการรายงานในโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ในเขตตำบลยางฮอม จำนวน 38 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 4 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 54 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีจำนวน 93 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น¹⁹ จากการศึกษาทบทวนในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ³ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุ⁴ พบว่า

มีภาวะซึมเศร้าในบทบาทผู้ดูแลจากการศึกษาขนาดใหญ่ในต่างประเทศโดยใช้เครื่องมือ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบ Long term care insurance ของรัฐบาล และเป็นต้นแบบระบบ Long term care ในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 34.2 มีภาวะซึมเศร้า⁵ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง⁶ โดยมีความสัมพันธ์ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก เพศของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแลหลัก รวมไปถึงการมีโรคเรื้อรังร่วมในผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ภาวะความจำเสื่อมของผู้ป่วย และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ดูแล⁶⁻¹² กลุ่มประชากรผู้ดูแลหลักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลในหลายกลุ่มโรคเรื้อรังแต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในพื้นที่อำเภอบุนตล การศึกษานี้เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวเพื่อวางแผนในการดูแล พัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการ และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอบุนตล จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอบุนตาไล ระหว่างกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้มีสัญชาติไทยอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ หรือสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและเซ็นเอกสารยินยอมร่วมงานวิจัย (Consent form) ส่วนเกณฑ์การแยกออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมงานวิจัย แต่ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในเขต อำเภอบุนตาไล ที่บันทึกไว้ในระบบ smart COC ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 มีจำนวน 257 คน คัดเลือกผ่าน inclusion และ exclusion criteria ใช้สูตรตารางของเครซี และมอแกน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 154 ราย ปรับเป็นจำนวนเต็มได้ 150 ราย และสุ่มตัวอย่างโดยวิธี systematic random sampling

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขรับรอง CRPPHO 40/2562 ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ชี้แจงต่อผู้ดูแล เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยโดยตามสมัครใจ พร้อมแจกเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form)

2. ผู้วิจัยได้ถามและบันทึกตามแบบสอบถามแก่ผู้ดูแลใช้เวลาประมาณ 8-10 นาที
3. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาคำนวณทางสถิติ โดยมีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสอบถามทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี โรคประจำตัว จำนวนกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนผู้ที่มาช่วยดูแลผู้ป่วย
2. แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 2Q 9Q ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น standardized Cronbach's alpha เท่ากับ 0.821 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 ($p\text{-value} < 0.001$) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16-4.26) ตามลำดับ¹⁶ และมีการนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในแนวทางเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย
3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ดูแลนับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยมีค่าความน่าเชื่อถือระหว่างบุคคล (interobserver reliability) และความน่าเชื่อถือภายในบุคคล (intraobserver reliability) ของแบบประเมิน Barthel Index ฉบับภาษาไทยอยู่ในเกณฑ์สูง โดยมี ค่า intraclass correlation coefficients เท่ากับ 0.714 และ 0.968 ตามลำดับ ส่วนค่า internal consistency อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Cronbach's alpha เท่ากับ 0.694)¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปนำเสนอเป็นร้อยละ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า ใช้ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าเฉลี่ย อัตราส่วน Odds Chi-square Fisher's exaction และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรเข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 150 คน

มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรมหรือไม่ได้ทำงาน ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา รายได้น้อยกว่า 60,000 บาทต่อปี และส่วนใหญ่มีหนี้สิน (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-90 ปี เป็นโรคเรื้อรัง 1-3 โรค ส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาและต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงมีปัญหาการหลงลืมและการเคลื่อนไหว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
< 60 ปี	107	71.3
> 60 ปี	43	28.7
เพศ		
ชาย	36	24.0
หญิง	114	76.0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	36	24.0
รับจ้าง	27	18.0
เกษตรกรรม	61	40.7
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	15	10.0
อื่น ๆ	11	7.3
รายได้ต่อปี		
< 60,000 บาท/ปี	122	81.3
60,001 - 120,000 บาท/ปี	21	14.0
> 120,000 บาท/ปี	7	4.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
หนี้สิน		
ไม่มีหนี้สิน	49	32.7
น้อยกว่า 9,000 บาท	15	10.0
9,001 - 14,999 บาท	14	9.3
มากกว่า 15,000 บาท	72	48.0
จำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน		
อยู่คนเดียว	8	5.3
อยู่สองคน	30	20.0
อยู่สามคน	52	34.7
อยู่มากกว่าสามคน	60	40.0
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย		
ต่ำกว่าประถม	111	74.0
มัธยมศึกษา	30	20.0
มหาวิทยาลัย	9	6.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	91	60.7
คู่ครอง	2	1.3
บิดา-มารดา	30	20.0
อื่น ๆ	27	18.0
จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	42	28.0
1 คน	48	32.0
2 คน	38	25.3
3 คน	13	8.7
มากกว่า 3 คน	9	6.0
จำนวนผู้ที่อยู่ในการดูแล		
1 คน	116	77.3
2 คน	24	16.0
3 คน	10	6.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
51 - 60 ปี	3	2.0
61 - 70 ปี	34	22.7
71 - 80 ปี	46	30.7
81 - 90 ปี	51	34.0
91 - 100 ปี	14	9.3
> 101 ปี	2	1.3
จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น		
1 โรค	63	42.0
2 โรค	48	32.0
3 โรค	25	16.7
4 โรค	12	8.0
5 โรค	2	1.3
จำนวนอุปกรณ์ที่ได้รับการช่วยเหลือ		
ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ	19	12.7
1	86	57.6
2	26	17.3
3	12	8.0
4	6	4.0
6	1	0.7
ระดับ ADL ล่าสุดของผู้ป่วยที่ดูแล		
0-4	37	24.7
5-11	113	75.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของกิจกรรมที่ต้องช่วยผู้ป่วยทำต่อวัน		
1	13	8.7
2	36	24.0
3	11	7.3
4	5	3.3
5	31	20.7
6	9	6.0
7	3	2.0
8	42	28.0
จำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านต่อเดือน		
ยังไม่เคย	5	3.3
1	46	30.7
2	34	22.7
3	9	6.0
4	32	21.3
5	3	2.0
6	0	0
7	0	0
8	14	9.3
มากกว่า 8	7	4.7
จำนวนครั้งที่เดินทางไปสถานบริการต่อเดือน		
ไม่ได้เดินทาง	44	29.3
1	63	42.0
2	16	10.7
3	12	8.0
4	2	1.3
มากกว่า 4	13	8.7
จำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อมือ		
0-4 เม็ด	115	76.7
>5 เม็ด	35	23.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการในการช่วยจัดยา		
ไม่	61	40.7
ใช่	89	59.3
ความต้องการทำแผล		
ไม่	123	82.0
ใช่	27	18.0
มีปัญหาด้านการสื่อสาร		
ไม่	82	54.7
ใช่	68	45.3
มีปัญหาด้านหลงลืม		
ไม่	36	24.0
ใช่	114	76.0
มีปัญหาด้านการรับประทาน		
ไม่	77	51.3
ใช่	73	48.7
มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว		
ไม่	12	8.0
ใช่	138	92.0

ผู้ดูแลหลักจำนวน 150 คน มีภาวะซึมเศร้า 3 คน (ร้อยละ 50) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยปานกลาง 3 คน มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 4) (ตารางที่ 3) แบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 50) และไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอนูนตาล โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก	จำนวน (N = 150)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	144	96.0
มีภาวะซึมเศร้า	6	4.0

ตารางที่ 4 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอนูนตาล โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก	จำนวน (N = 6)	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	3	50.0
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	3	50.0
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	0	0

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล กับความชุกของภาวะซึมเศร้า โดยวิธี Multiple logistic regression

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		lower	upper	
อายุ								
< 60 ปี	103	68.7	4	2.7	0.750	0.890	6.357	0.792
> 60 ปี	41	27.3	2	1.3				
เพศ								
ชาย	33	22.0	3	2.0	0.217	0.032	1.484	0.119
หญิง	111	74.0	3	2.0				
อาชีพ								
ไม่ได้ทำงาน	34	22.7	2	1.3	0.790	0.283	2.202	0.652
รับจ้าง	25	16.7	2	1.3				
เกษตรกร	59	39.3	2	1.3				
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	15	10.0	0	0				
อื่น ๆ	11	7.3	0	0				
รายได้ต่อปี								
< 60,000 บาท/ปี	116	77.3	6	4.0	0.000	0.000		0.997
60,001 - 120,000 บาท/ปี	21	14.0	0	0				
> 120,000 บาท/ปี	7	4.7	0	0				

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		lower	upper		
หนี้สิน									
ไม่มีหนี้สิน	46	30.7	3	2.0	0.514	0.216	1.220	0.131	
น้อยกว่า 9,000 บาท	13	8.7	2	1.3					
9,001 - 14,999 บาท	14	9.3	0	0					
มากกว่า 15,000 บาท	71	47.3	1	0.7					
จำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน									
อยู่คนเดียว	8	5.3	0	0	0.643	0.174	2.377	0.508	
อยู่สองคน	27	18.0	3	2.0					
อยู่สามคน	51	34.0	1	0.7					
อยู่มากกว่าสามคน	58	38.7	2	1.3					
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย									
ต่ำกว่าประถม	107	71.3	4	2.7	0.790	0.141	4.431	0.788	
มัธยม	28	18.7	2	1.3					
มหาวิทยาลัย	9	6.0	0	0					
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย									
บุตร	87	58.0	4	2.7	0.886	0.354	2.214	0.795	
คู่ครอง	28	18.7	2	1.3					
บิดา-มารดา	2	1.3	0	0					
อื่น ๆ	27	18.0	0	0					
จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย									
ไม่มี	41	27.3	1	0.7	1.087	0.352	3.353	0.885	
1 คน	45	30.0	3	2.0					
2 คน	37	24.7	1	0.7					
3 คน	12	8.0	1	0.7					
มากกว่า 3 คน	9	6.0	0	0					

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า		มีภาวะ ซึมเศร้า		OR	95%CI		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		lower	upper	
จำนวนผู้ที่อยู่ในการดูแล								
1 คน	113	75.3	3	2.0	5.423	1.189	24.725	0.029*
2 คน	22	14.7	2	1.3				
3 คน	9	6.0	1	0.7				

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย กับความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก โดยวิธี
Multiple logistic regression และ Chi-square

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI		p-value*	p-value**
	ในผู้ดูแลหลัก		ในผู้ดูแลหลัก			lower	upper		
	N	%	N	%					
อายุ									
51 - 60 ปี	3	2.0	0	0	0.686	0.138	3.414	0.646	1.000
61 - 70 ปี	32	21.3	2	1.3					
71 - 80 ปี	44	29.3	2	1.3					
81 - 90 ปี	49	32.7	2	1.3					
91 - 100 ปี	14	9.3	0	0					
> 101 ปี	2	1.3	0	0					
จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็น									
1	60	40.0	3	2.0	0.688	0.056	8.044	0.751	1.000
2	46	30.7	2	1.3					
3	24	16.0	1	0.7					
4	12	8.0	0	0					
5	2	1.3	0	0					

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI		p-value*	p-value**
	ในผู้ดูแลหลัก		ในผู้ดูแลหลัก			lower	upper		
	N	%	N	%					
จำนวนเรื่องมือที่ได้รับการช่วยเหลือ									
ไม่ได้รับการช่วยเหลือ	19	12.7	0	0	2.149	0.333	13.858	0.421	0.259
1	83	55.3	3	2.0					
2	25	16.7	1	0.7					
3	10	6.7	2	1.3					
4	6	4.0	0	0					
5	0	0	0	0					
6	1	0.7	0	0					
ระดับ ADL									
0-4	35	23.3	2	1.3	0.280	0.000	9507.840	0.811	0.637
5-11	109	72.7	4	2.7					
จำนวนกิจกรรมที่ต้องช่วยดูแลต่อวัน									
1	13	8.7	0	0	1.539	0.713	3.320	0.272	0.437
2	34	22.7	2	1.3					
3	11	7.33	0	0					
4	4	2.7	1	0.7					
5	30	20.0	1	0.7					
6	8	5.3	1	0.7					
7	3	2.0	0	0					
8	41	27.3	1	0.7					

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		OR	95%CI		p-value*	p-value**
	ในผู้ดูแลหลัก		ในผู้ดูแลหลัก			lower	upper		
	N	%	N	%					
มีปัญหาด้านการสื่อสาร									
ไม่	74	49.3	66	44	5.013	0.040	622.485	0.512	0.690
ใช่	4	2.7	2	1.3					
มีปัญหาด้านการหลงลืม									
ไม่	34	22.7	2	1.3	0.411	0.006	28.124	0.680	0.630
ใช่	110	73.3	4	2.7					
มีปัญหาด้านการกิน									
ไม่	73	48.7	4	2.7	0.089	0.001	6.844	0.275	0.682
ใช่	71	47.3	2	1.3					
มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว									
ไม่	10	6.7	0	0	189977296.8	0.000		0.998	1.000
ใช่	134	89.3	6	4					

*Multiple logistic regression, **Chi-square, Fisher's Exact Test

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอนูนตาล พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล (OR=5.423, 95%CI: 1.189 - 24.725 , p = 0.029*) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) และความต้องการทำแผลของผู้ป่วย (OR=2954.416, 95%CI: 1.830-4768479.684,

p = 0.034*, 0.010**) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลอื่น เช่น อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, หนี้สิน, จำนวนผู้อาศัยในบ้าน, ระดับการศึกษา, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, จำนวนผู้ป่วย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 (ตารางที่ 6)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอบุนตล โดยใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ช่วงกันยายน พ.ศ. 2562 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีกลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลจะเป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 98 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยก่อนหน้านี้¹¹ ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ร้อยละ 4 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาจากต่างประเทศที่พบถึงร้อยละ 37.7¹² ซึ่งมีข้อแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ ผ่านระบบดูแลระยะยาวที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย แต่การศึกษาในต่างประเทศได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งในข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผู้ทำวิจัยในต่างประเทศควรมีระบบให้การดูแลที่เป็นทางการ¹²

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีระบบ Long term care insurance โดยรัฐบาล มีลักษณะประชากรคล้ายกัน คือ เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ รายได้ไม่เพียงพอ ใช้เวลาดูแลนาน ผู้ป่วยที่รับดูแลมีปัญหาหลังลิ้ม พบว่าการศึกษาในต่างประเทศมีความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก คือ ร้อยละ 34.2⁶ ซึ่งมากกว่าการศึกษาคั้งนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลังในการศึกษาคั้งนี้ คือ จำนวนผู้ที่อยู่ในการดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศและต่างประเทศ^{3,13} ที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่ากลุ่มประชากรในการศึกษาส่วนมากถึงร้อยละ 72.7 มีจำนวนผู้อยู่ภายใต้การดูแลเพียง 1 คน แต่จากการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่ม

ประชากรมีจำนวนผู้ที่อยู่ในการดูแลสูงสุดถึง 3 คน โดยข้อมูลกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยต่อวันในการศึกษาคั้งนี้ คือ 5-7 กิจกรรมต่อวัน ส่งผลให้ภาระงานของผู้ดูแลและเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้นตามจำนวนผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้¹⁴

อีกหนึ่งปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ความต้องการทำผลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้จากต่างประเทศ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาและพลังในการดูแลส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า อีกทั้งยังเสนอแนะให้มีกลไกเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวทุกรายเป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงที่ส่วนใหญ่ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและมีปัญหาผลกดทับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น ระดับ ADL จำนวนโรคที่เป็น ปัญหาด้านการสื่อสาร การกิน และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยล้วนเป็นปัจจัยการรักษาหายของแผลกดทับทั้งสิ้น

จุดเด่นของการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ที่อยู่ในระบบบริการ Long term care ของกระทรวงสาธารณสุขไทย ซึ่งเป็นการศึกษาคั้งแรกในอำเภอบุนตล จังหวัดเชียงราย

ข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้น ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบ causative relationship ได้ อีกทั้งจำนวนผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนน้อย ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมรายบุคคล และอีกทั้งยังเป็นการศึกษาในอำเภอบุนตลของจังหวัดเชียงราย

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรขยายขนาดการวิจัยไปใน
อำเภออื่น ๆ ในการศึกษาครั้งต่อไปเพื่อเปรียบเทียบ
ผลการทดลองให้แม่นยำยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลัก
ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาวในอำเภอนูนตาล
จังหวัดเชียงราย คือ ร้อยละ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะ
ยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จำนวนผู้ที่อยู่ภายใต้
การดูแล และ ความต้องการทำแผลของผู้ป่วยที่ดูแล
ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ long term care
ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติ จนถึงระดับผู้บริหารระบบ ควรให้ความ
สนใจ ในปัจจัยต่าง ๆ และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลัก
ของผู้ป่วย เพื่อออกข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และ
เชิงปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแนวทางการช่วยเหลือ ป้องกัน
ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม รวดเร็ว และให้มี
การประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างเสมอ

REFERENCES

1. International Health Policy Program,
Ministry of Public Health. Disability-
Adjusted Life Years: DALYs of Thailand
2014. 1st ed. Nonthaburi: The Graphico
Systems Co.,Ltd ; 2017. p16-36.
2. Wongpoom T, Sukying C, Udomsubpayakul
U. Prevalence of Depression Among the
Elderly in Chiang Mai Province. Journal of
the Psychiatric Association of Thailand
2011;56(2):103-116.
3. Chayawatto C. Depression in the Caregivers
of Stroke Patients. Region 4-5 Medical
Journal 2016;35(1):14-27.
4. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T,
Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of
Depression, Anxiety, and Associated
Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric
Patients. Journal of the Psychiatric
Association of Thailand 2016;61(4):319-330.
5. Arai Y , Kumamoto K, Mizuno Y, Washio M.
Depression among Family Caregivers of
Community-dwelling Older People who
used Services under the Long Term Care
Insurance Program: a Large-scale
Population-based Study in Japan. Aging
Ment Health 2014;18(1):81-91.
6. Sherif WI, Shams NM, Elhameed SHA, Ali
SM. Anxiety and Depression Among Family
Caregivers of Older Adults with Cancer.
Journal of Education and Practice
2014;38(5):76-86.
7. Alfakhri AS, Alshudukhi AW, Alqahtani AA,
Alhumaid AM, Alhathlol OA, Almojali AI, et
al. Depression Among Caregivers of
Patients with Dementia. Inquiry: The
Journal of Health Care Organization,
Provision, and Financing [Internet].2018
[cited 2019 Aug 6];Jan-Dec(55):1-6.
Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5798670/>.

8. Mbugua MN, Kuria MW, Ndeti DM. The Prevalence of Depression Among Family Caregivers of Children with Intellectual Disability in a Rural Setting in Kenya. Hindawi Publishing Corporation International Journal of Family Medicine [Internet].2011 [cited 2019 Aug 6];1(2011):1-5. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2011/534513/>.
9. Malak R, Wasielewska AK, Głodowska K, Grobelny B, Kleka B, Mojs E, et al. Condition of Informal Caregivers in Long-term Care of People with Dementia. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2016;23(3):491–494.
10. Saito T, Kondo N, Shiba K, Murata C, Kondo K. Income-based Inequalities in Caregiving Time and Depressive Symptoms Among Older Family Caregivers Under the Japanese Long-term Care Insurance System: A cross-sectional analysis. PLoS ONE 2018;13(3):e0194919.
11. Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Gray R. Determinants of Stress and Happiness Among Family Caregivers to Older Persons. Thai Population Journal 2012;4(1):75-92.
12. Primary and Holistic Care Unit, Khuntan Hospital. Home Health Care Service Report 2018. Chiangrai: Chiangrai Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health; 2018.
13. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social Support and Depressive Symptoms Among Family Caregivers of Older People with Disabilities in four Provinces of Urban China: the Mediating Role of Caregiver Burden. BMC Geriatrics 2020; 20(3). doi:10.1186/s12877-019-1403-9.
14. Fazio PD, Ciambone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile P, et al. Depressive Symptoms in Caregivers of Patients with Dementia: Demographic Variables and Burden. Clinical Interventions in Aging 2015; 10. doi:10.2147/CIA.S74439.
15. Chaobankrang C, Anothaisintawee T, Kittichai K, Boongird C. Predictors of Depression among Thai Family Caregivers of Dementia Patients in Primary Care. International Journal of Gerontology & Geriatric Research [Internet].2019 [cited 2019 Aug 6];3(1):7-13. Available from: <https://www.jelsciences.com/abstracts/759>
16. Huang Y, Mao B, Ni P, Shou Y, Ye J, Hou L, et al. Investigation on the Status and Determinants of Caregiver Burden on Caring for Patients with Chronic Wound. Advances In Wound Care 2018;8(9):429-437. doi: 10.1089/wound.2018.0873.

- 17.Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A, Unnanuntana A. Validity and Reliability of the Thai Version of the Barthel Index for Elderly Patients with Femoral Neck Fracture. Journal of the Medical Association of Thailand 2017;100(5):539-548
- 18.HDC-Report[Internet]. Chiangrai: Chiangrai Provincial Public Health Office.2014[cited 2019 Aug 6]. Available from: https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
- 19.Kongsuk T, Arunpongpaisai S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2018;63(4):321-334.