

สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลหัวหิน

ดุชนิ ตระกูลช่าง, พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน

Received: Sep 20, 2022

Revised: Nov 4, 2022

Accepted: Nov 30, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: ในปัจจุบันประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อมก็เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ระเบียบวิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตาม ICD 10 ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 72 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบคนเว้นคนจนครบจำนวนที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา: ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 69.4 มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท ได้แก่ ประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

สรุป: จากการศึกษาวิจัยที่ได้ ควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้บางส่วน รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อม การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท

Mental Health of Dementia Patient's Caregivers in Hua Hin Hospital

Dussanee Trakulchang, M.D., Dip., Thai Board of Psychiatry

Division of Psychiatry, Hua Hin Hospital

Received: Sep 20, 2022

Revised: Nov 4, 2022

Accepted: Nov 30, 2022

Abstract

Background: At present, Thailand has entered an aging society. Dementia is one of the major problems for the elderly that affects not only the physical, mental, social, and economic but also the patients includes caregivers, family and society.

Objective: To study mental health and factors associated with mental health of Dementia patients' caregivers in Hua Hin Hospital.

Material and Method: Cross-sectional descriptive study was done. The sample size consisted 72 caregivers of patients diagnosed with dementia under ICD 10 who attended a psychiatric clinic at Hua Hin Hospital and were recruited by simple random sampling. The tool was used as a questionnaire for dementia patients' caregivers. The statistics used to analyze data were frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Fisher's exact test.

Results: 65.4% of Dementia patients' caregivers had no risk for mental health problems. Statistically significant factors associated with mental health of dementia patients' caregivers were activities of daily living and some neuropsychiatric symptoms such as hallucination, disinhibition and sleep problems ($p < 0.05$) but other factors were not associated.

Conclusion: From this study, additional assistance should be provided to caregivers of dementia with partially dependent patients including patients with hallucination, disinhibition and sleep problems.

Keywords: mental health, caregiver, dementia, activities of daily living, neuropsychiatric symptoms

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องทางด้านปริชาณ (Cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้มิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อประกอบชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม¹ ในปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมีมากถึง 55 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 78 และ 139 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 ตามลำดับ นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ในบรรดาโรคทั้งหมด รวมถึงเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความทุพพลภาพและพึ่งพาอาศัยของผู้สูงอายุทั่วโลก จากข้อมูลดังกล่าวจึงนับได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมด้วย²

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia patients' caregivers) มีทั้งผู้ดูแลแบบทางการ (Formal caregiver) ที่เป็นวิชาชีพและแบบไม่ใช่วิชาชีพ (Informal caregiver) ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัว¹ จากการศึกษาหลายงานวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมากทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลค่อนข้างมาก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อนดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกายตามมาได้ ปัญหาด้านจิตใจที่พบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมทางกายอื่นๆ รวมทั้งยังพบปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มากถึงร้อยละ 76.9 โดยปัญหาทางสุขภาพจิต

ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 37) วิตกกังวล (ร้อยละ 55) เป็นต้น ส่วนด้านสังคมพบว่าผู้ดูแลมักต้องแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าปกติ ทำให้ขาดการติดต่อกับคนรอบข้าง เพื่อนฝูง รวมถึงอาจไม่มีเวลาให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ด้วย และปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลบางรายจำเป็นต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้สูญเสียรายได้หรือรายรับอาจลดลง³⁻⁸ ซึ่งหากผู้ดูแลมีปัญหาดังกล่าวนี้มากเท่าใดย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลมากขึ้นเช่นกัน⁹

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละช่วงอายุ โดยในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.10 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.70 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5 ของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ¹⁰ รวมทั้งข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาศูนย์คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหินในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีจำนวน 116 และ 125 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นในช่วงระยะหลัง และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้นเนื่องจากมีปัญหาหลายอย่างที่เพิ่มขึ้นทั้งตัวผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย รายได้ เป็นต้น ปัจจัยด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท เป็นต้น^{9,11-13} ซึ่งหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีก็จะส่งผลให้มีสุขภาพทางกายที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแล

มีกำลังใจในการดูแล และพัฒนาทักษะการดูแลที่ดีขึ้น เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยเช่นกัน^{14,15} จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลก็เป็นเรื่องที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวม จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ในการติดตามดูแลและเฝ้าระวังมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 72 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Cohen (1983: 84) $N = 10 \times K$ (N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนของปัจจัยที่ศึกษา) มีปัจจัยที่ศึกษา 6 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (เพศ, ความเพียงพอของรายได้, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการอาศัยร่วมกับผู้ป่วย) ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อม (การดูแลกิจวัตรประจำวัน และอาการทางจิตประสาท) ซึ่งจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน จากนั้นนำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบคนวันคนจนครบจำนวนที่กำหนด

ผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ระบบประสาทวิทยาหรือจิตแพทย์ตาม International Classification of Diseases and

Related Health Problem 10th Revision (ICD-10) ในรหัส F00-F03, G30 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เลขที่โครงการวิจัย RECHHH007/2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index: MBAI) เป็นแบบประเมินในการช่วยเหลือตนเองขึ้นพื้นฐานว่าต้องการการพึ่งพามากน้อยเพียงใด มีคะแนนรวม 20 คะแนน โดยแบ่งระดับความพึ่งพาดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองไม่ได้, 5-11 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้บางส่วน, 12-20 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้¹⁶
3. แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Inventory Questionnaires: NPI-Q) ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทย้อนหลังภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 12 ข้อ ถ้ามีอาการจะต้องประเมินความรุนแรงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1-3 (1 หมายถึง รุนแรงน้อย, 2 หมายถึง รุนแรงปานกลาง และ 3 หมายถึง รุนแรงมาก) มีคะแนนรวม 36 คะแนน และประเมินความทุกข์ใจของผู้ดูแลในแต่ละข้อที่มีอาการตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึง ไม่มีเลย, 1 หมายถึง เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา, 2 หมายถึง เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหาได้โดยง่าย, 3 หมายถึง เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้ แต่ไม่ถนัด, 4 หมายถึง เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก, 5 หมายถึง เดือดร้อนมาก และไม่สามารถจัดการปัญหาได้) คะแนนรวม 60 คะแนน¹⁷

4. แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 และมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.66 เมื่อเทียบกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI-66) แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยประเมินองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่ สภาพจิตใจ (Mental state), สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity), คุณภาพของจิตใจ (Mental quality), ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มี คะแนนรวม 60 คะแนน โดยคะแนนรวมที่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิต อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง หรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป, คะแนนรวมที่ได้มากกว่า 43 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง หรือสุขภาพจิตเท่ากับ หรือดีกว่าคนทั่วไป¹⁸

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล

หัวหิน จำนวน 72 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 อายุเฉลี่ย ($\pm$ S.D.) 48.56 ± 10.20 ปี ผู้ที่มีอายุมากที่สุดคือ 60 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 40.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีการประกอบอาชีพ ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 61.1 และร้อยละ 84.7 อาศัยร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 52.8 มีโรคประจำตัว และร้อยละ 4.2 มีโรคประจำตัวทางจิตเวชเดิม ด้านข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 อายุเฉลี่ย ($\pm$ S.D.) 76.26 ± 8.31 ปี อายุมากที่สุดคือ 93 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 56 ปี

ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่ามีภาวะสมองเสื่อมมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ ไม่เสี่ยง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

	N (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตของผู้ดูแล		
อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (≤ 43 คะแนน)	22	30.6
อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (> 43 คะแนน)	50	69.4
$\bar{X} = 46.74$ S.D. = 6.42 Min = 33 Max = 60		

ด้านข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากผลการศึกษาพบว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการ

อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	สุขภาพจิตของผู้ดูแล		χ^2	df	p-value
			อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ)			
เพศ							
ชาย	20	27.8	4 (20.0)	16 (80.0)	0.847	1	0.357
หญิง	52	72.2	18 (34.6)	34 (65.84)			
ความเพียงพอของรายได้							
เพียงพอ	52	72.2	13 (25.0)	39 (75.0)	1.862	1	0.172
ไม่เพียงพอ	20	27.8	9 (45.0)	11 (55.0)			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
สามี/ภรรยา	11	15.3	4 (36.4)	7 (63.6)	0.207	2	0.902
บุตร	44	61.1	13 (29.5)	31 (70.5)			
ญาติ/ผู้ดูแล(ว่าจ้าง)	17	23.6	5 (29.4)	12 (70.6)			
การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย							
อาศัยร่วม	61	84.7	19 (31.1)	42 (68.9)	0.000	1	1.000
ไม่ได้อาศัยร่วม	11	15.3	3 (27.3)	8 (72.7)			

ส่วนข้อมูลด้านอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.5 พึงพาตนเองได้ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ร้อยละ 86.1 โดยอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (ร้อยละ 63.9), พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ (ร้อยละ 59.7), ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ และวิตกกังวล (ร้อยละ 52.8) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) แต่ปัจจัยด้านอาการทางจิตประสาทไม่พบความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อนำอาการทางจิตประสาทในแต่ละอาการมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าอาการประสาทหลอน อาการไม่ยับยั้งชั่งใจ รวมทั้งปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	สุขภาพจิตของผู้ดูแล		χ ²	df	p-value
			อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ)			
การดูแลกิจวัตรประจำวัน							
พึ่งพาตนเองไม่ได้	13	18.2	1 (7.7)	12 (92.3)	11.0	2	0.004*
พึ่งพาตนเองได้บางส่วน	14	19.2	9 (64.3)	5 (35.7)	30		
พึ่งพาตนเองได้	45	62.5	12 (26.7)	33 (73.3)			
อาการทางจิตประสาท							
ไม่มี	10	13.9	1 (10.0)	9 (90.0)	1.32	1	0.161
มี	62	86.1	21 (33.9)	41 (66.1)	4		
ความคิดหลงผิด							
ไม่มี	37	51.4	8 (21.6)	29 (78.4)	2.06	1	0.151
มี	35	48.6	14 (40.0)	21 (60.0)	2		
ประสาทหลอน							
ไม่มี	44	61.1	7 (15.9)	37 (84.1)	9.73	1	0.002*
มี	28	38.9	15 (53.6)	13 (46.4)	2		
กระสับกระส่าย ก้าวร้าว							
ไม่มี	39	54.2	8 (20.5)	31 (79.5)	3.07	1	0.079
มี	33	45.8	14 (42.4)	19 (57.6)	8		
ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ							
ไม่มี	34	47.2	9 (26.5)	25 (73.5)	0.20	1	0.649
มี	38	52.8	13 (34.2)	25 (65.8)	8		
วิตกกังวล							
ไม่มี	34	47.2	7 (20.6)	27 (79.4)	2.19	1	0.139
มี	38	52.8	15 (39.5)	23 (60.5)	2		
อารมณ์ร้ายเรงเกินเหตุ ครีมีใจ							
ไม่มี	47	65.3	11 (23.4)	36 (76.6)	2.36	1	0.124
มี	25	34.7	11 (44.0)	14 (56.0)	4		
เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว							
ไร้อารมณ์							
ไม่มี	36	50	10 (27.8)	26 (72.2)	0.60	1	0.798
มี	36	50	12 (33.3)	24 (66.7)	5		

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	สุขภาพจิตของผู้ดูแล		X ²	df	p-value
			อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ)			
ไม่สบายใจ							
ไม่มี	36	50	5 (13.9)	31 (86.1)	7.92	1	0.005*
มี	36	50	17 (47.2)	19 (52.8)	0		
หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย							
ไม่มี	26	36.1	5 (19.2)	21 (80.8)	1.69	1	0.193
มี	46	63.9	17 (37.0)	29 (63.0)	5		
พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ							
ไม่มี	29	40.3	6 (20.7)	23 (79.3)	1.51	1	0.218
มี	43	59.7	16 (37.2)	27 (62.8)	7		
ปัญหาการนอน							
ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน							
ไม่มี	39	54.2	7 (17.9)	32 (82.1)	5.14	1	0.023*
มี	33	45.8	15 (45.5)	18 (54.5)	3		
ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ							
ไม่มี	39	54.2	8 (20.5)	31 (79.5)	3.07	1	0.079
มี	33	45.8	14 (42.4)	19 (57.6)	8		

วิจารณ์

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 69.4 มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง แต่ยังมีผู้ดูแลถึงร้อยละ 30.6 ที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้^{5-7,19} พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 15-80 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างมาก ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษานี้จะไม่ได้มีสัดส่วนที่สูงมากเท่ากับบางการศึกษาวิจัย แต่ก็มีปริมาณที่ไม่น้อยที่

จำเป็นต้องดูแลและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตกันต่อไป

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการอาศัยร่วมกับผู้ป่วย ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีหลายการศึกษาวินิจฉัยก่อนหน้านี้ที่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญแต่ก็มีบางการศึกษาวินิจฉัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน^{20,21} เนื่องจากอาจมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจ

ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้อีก เช่น วิธีการจัดการปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล เป็นต้น

ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วย พบว่า การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 64.3 อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงแตกต่างจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พึ่งพิงตนเองได้และพึ่งพิงตนเองไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่พึ่งพิงตนเองได้บางส่วนอาจจะมีพฤติกรรมต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่มากขึ้นและมีความเครียดมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ ผู้ดูแลอาจไม่ต้องให้การดูแลมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจะส่งผลต่อความตึงเครียดและโรคทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ที่จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดของผู้ดูแลตามมา ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลก็มีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐฐานะ รวมถึงด้านสังคม โดยความเครียดเหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดโรคทางกายและโรคทางจิตเวชด้วยเช่นกัน^{9,11,12,13,22,23} ในด้านผู้ป่วยที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้นั้นอาจไม่ได้มีพฤติกรรมต่อต้านมากนัก และผู้ดูแลเองอาจเข้าใจและรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่าปกติ ทำให้สามารถยอมรับในบริบทดังกล่าวได้ จึงทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยงสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดผลด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและความพึงพอใจในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของสมองบกพร่องในระดับรุนแรง^{15,24}

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาการทางจิตประสาทกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ในแต่ละอาการ พบว่าอาการประสาทหลอน อาการไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Cheng และคณะ²⁵ พบว่า อาการทางจิตประสาทมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ว่าชนิดใดก็ตาม โดยอาการที่มีผลกระทบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการรบกวน (Disruptive behaviors) เช่น อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว และไม่ยับยั้งชั่งใจ นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากลิวี บอดี้ (Dementia with Lewy bodies, DLB) จะมีอาการเห็นภาพหลอนและหลงผิดที่เป็นปัญหาหลัก รวมทั้งการศึกษาของ Allegri และคณะ²⁶ พบว่า อาการทางจิตประสาทที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ และปัญหาการนอน นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ Shikimoto และคณะ¹² ที่พบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับกลางคืน-กลางคืนมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าอาการทางจิตประสาทแต่ละอาการก็มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต่างกัน ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถเข้าใจและจัดการปัญหากับอาการทางจิตประสาทที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้นก็อาจทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลที่มากขึ้น

สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหิน มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ 69.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท ได้แก่ ประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน จากการศึกษาวิจัยที่ได้ ควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอื่นๆ ต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลรวมถึงปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนั้น ยังควรมีการให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้บางส่วน รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืนให้มากยิ่งขึ้น ควรส่งเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้ดูแลในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การฝึกอบรม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและเข้าใจลักษณะของอาการที่เป็นปัญหาได้มากขึ้น รวมถึงอาจมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และควรส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และควรมีการศึกษาเชิงทดลองถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของงานวิจัยนี้ลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหินที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเป็นอย่างดีตลอดมา จิตแพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหินทุกท่าน รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). กระทรวงสาธารณสุข; 2563
2. WHO. Dementia. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Accessed September 2 2021.
3. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
4. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. Maturitas. 2010;66(2):191-200.
5. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. Aging & Mental Health. 2005;9(4):325-330.

6. Bruce DG, Paley GA, Nichols P, Roberts D, Underwood PJ, Schaper F. Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences.* 2005;60(3):345–349.
7. Joling KJ, van Marwijk HW, Veldhuijzen AE, van der Horst HE, Scheltens P, Smit F, et al. The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk?. *The American journal of geriatric psychiatry*, 2015;23(3):293–303.
8. ชาลินี สุวรรณยศ, ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2563;34(2):1-17.
9. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2009;11(2):217–228.
10. กรมสุขภาพจิต. ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. *กระทรวงสาธารณสุข*; 2563
11. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *The American journal of nursing.* 2008;108(9 Suppl):23–27.
12. Shikimoto R, Sado M, Ninomiya A, Yoshimura K, Ikeda B, Baba T, et al. Predictive factors associated with psychological distress of caregivers of people with dementia in Japan: a cross-sectional study. *International Psychogeriatrics.* 2017;30:1-10.
13. Van den Kieboom R, Snaphaan L, Mark R, Bongers I. The Trajectory of Caregiver Burden and Risk Factors in Dementia Progression: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's disease : JAD.* 2020;77(3):1107–1115.
14. Quinn C, Toms G. Influence of Positive Aspects of Dementia Caregiving on Caregivers' Well-Being: A Systematic Review. *The Gerontologist.* 2019;59(5):584–596.
15. Cheng ST, Mak EPM, Lau RWL, Ng NSS, Lam LCW. Voices of Alzheimer Caregivers on Positive Aspects of Caregiving. *The Gerontologist.* 2015;56(3):451-460.
16. Jitapunkul S. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. *J Med assoc Thai.* 1994;77:231-238.
17. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12:233-239.
18. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2013;54(3):299–316.

19. Sihapark S, Cheungsatiansup K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2014.
20. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*. 1995;35(6):771–791.
21. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, Livingston G, Knapp M, Murray J, Banerjee S. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2017;13(5):572–581.
22. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58(1):101-110.
23. Ondee P, Panitrat R, Pongthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors Predicting Depression among Caregivers of Persons with Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2013;17(2):167–180.
24. De Labra C, Millán CJ, Buján A, Núñez-Naveira L, Jensen A, Peersen M, Mojs E, Samborski W, Maseda A. Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;60(3):380-388.
25. Cheng ST. Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Current psychiatry reports*. 2017;19(9):64.
26. Allegri RF, Sarasola D, Serrano CM, Taragano FE, Arizaga RL, Butman J, Loñ L. Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2006;2(1):105–110.