10.14456/dmhjournal.2015.4

ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

พชรมณฑ์ ลำเลียงพล, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ ผู้ดูแลหลักที่ไม่เป็นทางการของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 94 คน ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบทดสอบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE), แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน, แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Short Form-36 (SF-36) จิตแพทย์สัมภาษณ์อาการประสาทจิตเวชด้วย Neuropsychiatric Inventory Questionnaires (NPI-Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลด้วย multiple logistic regression

ผล ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นญาติและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ระยะเวลาการดูแลเฉลี่ยนาน 4 ปี 9 เดือน ใช้เวลาดูแลเฉลี่ย 11.3 ชั่วโมงต่อวัน พบผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12 และ 8 ตามลำดับ ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลคือการที่ผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอ และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า คือ ความไม่ยับยั้งชั่งใจในผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำกว่าในคนไทยทั่วไปเกือบทุกมิติ โดยเฉพาะมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกายและมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลมากกว่าและมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าโดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอและต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่ยับยั้งชั่งใจ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ซึมเศร้า ผู้ดูแล วิตกกังวล สมองเสื่อม

โรงพยาบาลนครปฐม

Anxiety-depression and quality of life in dementia caregivers

Pacharamon Lamliangpon, M.D.

Abstract

Objective To determine factors predicted anxiety and depression among dementia caregivers and study quality of life among dementia caregivers.

Materials and methods A cross-sectional study was carried out in the outpatient department of Srithanya hospital. The data were collected in a sample of 94 major informal caregivers by self-report questionnaires including: a demographic data questionnaires; Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) Thai version; Thai activity of daily living measure; Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS); Short-form 36 questionnaires (SF-36) Thai version. The psychiatrist interviewed caregivers by using the Neuropsychiatric Inventory Questionnaires (NPI-Q Thai version). The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression.

Results All samples were family caregivers and were mostly responsible for the patients. Anxiety was found in 12 % of caregivers and 8 % had depression. The factor that predicted anxiety was inadequate incomes and disinhibition in patients predicted caregiver depression. The quality of life of caregivers was lower than that of general Thai people in almost all dimensions especially in role limitation due to physical and emotional problem.

Conclusion Caregivers of demented patients had higher rate of anxiety and depressive disorders, especially in caregivers who took care of patients with disinhibitive symptoms and had inadequate incomes.

Key words : anxiety, caregiver, dementia, depression, quality of life

Nakhonpathom Hospital

บทนำ

โรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมองด้านความจำ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ พฤติกรรม และอารมณ์ ในภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้แม้แต่ในกิจวัตรประจำวัน การศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมของประเทศไทยในปี ๒๕๔๔ พบร้อยละ 3.4 และความชุกเพิ่มตามอายุที่มากขึ้นจนถึงร้อยละ 31.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป[1] แนวโน้มปัญหาโรคสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยซึ่งนับเป็นภาระหนักและส่งผลต่อผู้ดูแลหลายด้าน เช่น อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม การงาน สุขภาพกาย คุณภาพชีวิตฯลฯ

มีรายงานด้านผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลดังเช่น การศึกษาในต่างประเทศ พบภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 10-50 ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล คือ การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วยและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล คะแนน Neuropsychiatric symptoms (NPI) ด้านอารมณ์หงุดหงิด (irritability) สูงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ[2,3] และขึ้นกับระยะเวลาต่อวันในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาในประเทศไทยยังมีน้อยมาก เท่าที่ผู้วิจัยทราบมีรายงานเพียง 1 รายงานพบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลร้อยละ 27[4] ปัจจัยการทำนายภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอาจจะแตกต่างจากต่างประเทศ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อวางแผนพัฒนาแนวทางส่งเสริมป้องกันผู้ดูแลโรคสมองเสื่อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชตามที่ได้กล่าวมา

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่ไม่เป็นทางการของผู้ป่วยสมองเสื่อมของโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยที่ผู้ดูแลหลักที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน โดยเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและเป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ รหัสการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ICD-10 ดังนี้ F00 หรือ G30 (dementia in Alzheimer's disease), F01 (vascular dementia), F02 (dementia in other disease classified elsewhere), F03 (unspecific dementia) ณ คลินิกผู้ป่วยนอก ระหว่างมีนาคม ๒๕๕๕ ถึง มิถุนายน ๒๕๕๖

เครื่องมือ ประกอบด้วยจำนวน 5 ฉบับ คือแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล 1 ฉบับ และแบบสอบถามผู้ดูแล 4 ฉบับ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 โรคประจำตัวฝ่ายกายอื่นๆ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์ คือ Neuropsychiatric Inventory Questionnaires[5] (NPI-Q) ฉบับภาษาไทย สัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยจิตแพทย์ (ผู้วิจัย) เกี่ยวกับอาการประสาทจิตเวชที่มีในผู้ป่วยย้อนหลังภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 12 ข้อ เช่น ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน, กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว ถ้ามีอาการจะต้องประเมินความรุนแรงตามระดับความรุนแรง 1-3 (น้อยถึงรุนแรง) คะแนนรวมระหว่าง 0-36 และประเมินความทุกข์ใจของผู้ดูแลในแต่ละข้อที่มีอาการซึ่งมี 5 ระดับ (1-5 หมายถึงไม่ทุกข์ใจเลยจนถึงเดือดร้อนมากไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้) คะแนนรวมระหว่าง 0-60

แบบสอบถามฉบับที่ 1 คือ แบบทดสอบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) ฉบับภาษาไทย[6] จุดตัดคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 3.25 ความไวและความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 83.5 และ 81.5 ตามลำดับ[7]

ฉบับที่ 2 คือ แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน[8] (activity of daily living: ADL) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 6 ข้อ และการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง 7 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 0-2 คะแนน (ถ้าทำได้เองโดยสมบูรณ์ถึงถ้าต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย) คะแนนรวมขั้นพื้นฐานและขั้นสูงคือ 12 และ 14 ตามลำดับ โดยคะแนนสูงหมายถึงผู้ป่วยมีความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก

ฉบับที่ 3 แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย[9] ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ โดยในกลุ่มอาการวิตกกังวลคิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมดรวมกันและกลุ่มอาการซึมเศร้าคิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด ค่าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น

ฉบับที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย[10] ประกอบด้วยคำถามสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ รวม 35 ข้อ เช่น มิติการเคลื่อนไหวทางกาย, การจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกาย, ความเจ็บปวด และคำถามอิสระ 1 ข้อ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-100 (แย่ที่สุดถึงสุขภาพดีที่สุด) คะแนนสูงสุดหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลด้วย Chi-square, เปรียบเทียบ คะแนน ADL, IQCODE, NPI ของผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่างผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลและไม่มีภาวะดังกล่าว จากนั้นวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลด้วย multiple logistic regression

ผล

มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 102 ราย แต่มีข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้จำนวน 94 ฉบับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 94 คน

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล
หญิง จำนวน (ร้อยละ)	60(64)	66(70)
ชาย จำนวน (ร้อยละ)	34(36)	28(30)
อายุเฉลี่ย (SD)	73.5(11)	51.5(12)
การวินิจฉัย จำนวน (ร้อยละ)		
F00/G30 dementia in Alzheimer's disease	35(37)	-
F01 vascular dementia	20(21)	-
F02 dementia in other disease classified elsewhere	4(4)	-
F03 unspecific dementia	35(37)	-
มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน (ร้อยละ)	63(67)	45(48)
การศึกษา จำนวน (ร้อยละ)		
ประถมศึกษา	-	18(19)
มัธยมศึกษา	-	16(17)
ปวช., อนุปริญญา	-	15(16)
ปริญญาตรี	-	36(38)
ปริญญาโท	-	9(10)
สถานภาพสมรส จำนวน (ร้อยละ)		
โสด	-	20(21)
คู่	-	62(66)
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	-	12(13)
ประกอบอาชีพ จำนวน (ร้อยละ)	-	78(83)
มีผู้อื่นร่วมดูแลผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	-	57(61)
ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นผู้ดูแลรวมปี (SD)	-	4.9(65.3)
เวลาเฉลี่ย (ชั่วโมง) ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (SD)	-	11.3(8.1)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บาท (SD)	-	43,574(38,826)
มีรายได้เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	-	72(77)

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (HADS) จำนวน 94 คน พบผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลจำนวน 11 คน (ร้อยละ 12) มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8 คน (ร้อยละ 8) มีทั้งภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลจำนวน 7 คน (ร้อยละ 7) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในผู้ดูแลโดยทดสอบ Chi-square พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ทำงานหรือว่างงาน ระยะเวลาดูแลต่อวันไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญ ด้านความบกพร่องของพุทธิปัญญา จากกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดมีคะแนนความบกพร่องของพุทธิปัญญา (IQCODE) ต่ำสุดถึงสูงสุดที่ 3.2-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.3 (SD=0.5) คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความจำสติปัญญาการทำงานเลวลงมากเทียบกับ 10 ปีก่อน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล พบว่าคะแนน IQCODE ไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในผู้ดูแล

ด้านคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ขณะที่ในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานนั้นผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย พบว่าคะแนนรวมความบกพร่องของการทำกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ดูแลที่มีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล

ด้านอาการทางประสาทจิตเวช (NPI) ของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ในกลุ่มผู้ดูแลที่ซึมเศร้าและผู้ดูแลที่วิตกกังวลของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคะแนนรวมของ NPI ที่สูงกว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีอาการทางจิตเวช เมื่อแยกวิเคราะห์รายข้อ พบว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะวิตกกังวล ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้มากกว่า ได้แก่ วิตกกังวล ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ พฤติกรรมแปลก และการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน ส่วนอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ และความไม่ยับยั้งชั่งใจ ดังตารางที่ 2,3

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคะแนนเฉลี่ย IQCODE ADL และ NPI ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลกับอาการวิตกกังวลด้วยการวิเคราะห์ถดถอย logistic

	N	วิตกกังวล		univariate		multiple logistic regression	
		ไม่มี	มี	crude OR	p-value	adjusted OR	p-value
เพศ							
ชาย	28	24	4(14%)	1.4(0.4-5.2)	0.73		
หญิง	66	59	7(11%)	1			
สถานภาพสมรส							
โสด/หม้าย/หย่า	32	27	5(16%)	1.7(0.5-6.2)	0.5		
คู่	62	56	6(10%)	1			
การศึกษา							
ต่ำกว่า ป.ตรี	49	43	6(12%)	1.1(0.3-4)	0.86		
สูงกว่า ป. ตรี	45	40	5(11%)	1			
รายได้							
ไม่เพียงพอ	22	16	6(27%)	5(1.4-18.6)	.02	5.9(1.2-29.8)	.03
เพียงพอ	72	67	5(7%)	1			
สถานภาพการทำงาน							
ทำงาน	16	13	3(19%)	2(0.5-8.6)	0.39		
ว่างงาน	78	70	8(10%)	1			
เวลาดูแลต่อวัน							
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	55	47	8(14%)	2(0.5-8.2)	0.35		
มากกว่า 12 ชั่วโมง	39	36	3(8%)	1			

ตารางที่ 2 (ต่อ) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคะแนนเฉลี่ย IQCODE ADL และ NPI ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลกับอาการวิตกกังวลด้วยการวิเคราะห์ถดถอย logistic

	N	วิตกกังวล		univariate		multiple logistic regression	
		ไม่มี	มี	crude OR	p-value	adjusted OR	p-value
คะแนน IQCODE mean(SD)	94	4.5(0.4)	4.3(0.5)	2.2(0.6-8.6)	0.26		
ADL คะแนนรวม mean(SD)	94	16.5(5.9)	14.2(6.9)	1(1-1.2)	0.31		
ADL ขั้นพื้นฐาน	94	4.8(4)	3.9(4)	1.1(0.9-1.2)	0.46		
ADL ขั้นสูง	94	11.6(2.9)	10.4(3.6)	1.1(0.9-1.4)	0.29		
NPI คะแนนรวม mean(SD)	94	15.9(7.7)	10.2(7.2)	1.1(1-1.2)	.02		
NPI ความวิตกกังวล							
มีอาการ	53	43	10(91%)	9.3(1.1-76)	.02	2.2(1-5)	.06
ไม่มีอาการ	41	40	1(2%)	1			
NPI ความเฉยเมย							
มีอาการ	50	41	9(18%)	4.6(0.9-22.6)	.04	1.4(0.6-3)	0.44
ไม่มีอาการ	44	42	2(4%)	1			
NPI ความไม่ยับยั้งชั่งใจ							
มีอาการ	29	23	6(21%)	3.1(0.9-11.3)	.09	1.3(0.6-2.6)	0.46
ไม่มีอาการ	65	60	5(8%)	1			
NPI พฤติกรรมแปลก							
มีอาการ	61	51	10(16%)	5.9(0.7-48.2)	.09	1.1(0.5-2.5)	0.83
ไม่มีอาการ	31	30	1(3%)	1			
NPI ปัญหาการนอน							
มีอาการ	49	40	9(18%)	4.8(1-23.8)	.04	1.4(0.7-2.8)	0.33
ไม่มีอาการ	45	43	2(4%)	1			

IQCODE= informant questionnaire on cognitive decline in the elderly, ADL=activity of daily living, NPI= neuropsychiatric inventory

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคะแนนเฉลี่ย IQCODE ADL และ NPI ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลกับอาการซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์ถดถอย logistic

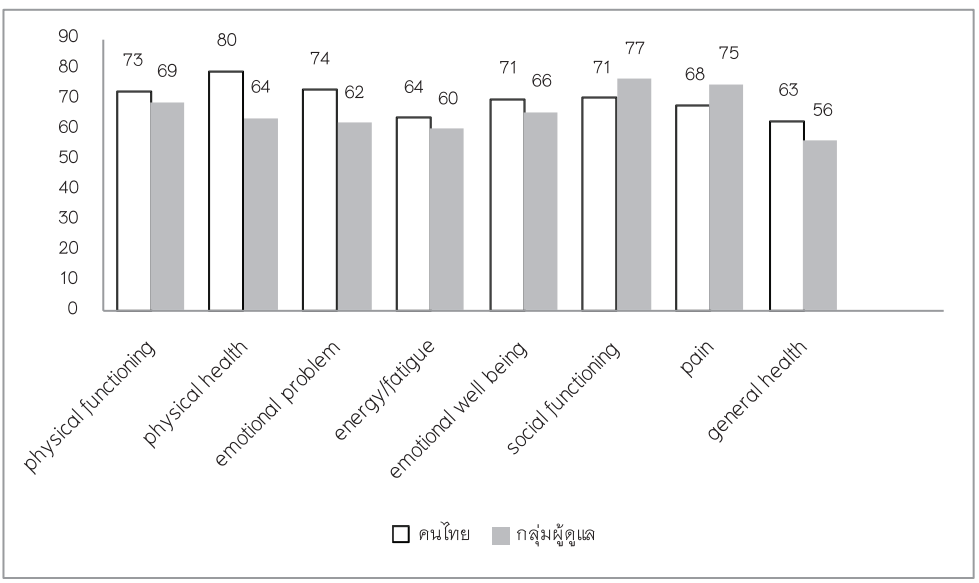
	N	ซึมเศร้า		univariate		multiple regression	logistic
		ไม่มี	มี	crude OR	p-value	adjusted OR	p-value
เพศ							
ชาย	28	24	4(14%)	2.2(0.5-9.5)	0.43		
หญิง	66	59	4(6%)	1			
สถานภาพสมรส							
โสด/หม้าย/หย่า	32	27	3(9%)	1.2(0.3-5.3)	1		
คู่	62	56	5(8%)	1			
การศึกษา							
ต่ำกว่า ป.ตรี	49	43	5(10%)	1.6(0.4-7.1)	0.72		
สูงกว่า ป. ตรี	45	40	3(7%)	1			
รายได้							
ไม่เพียงพอ	22	16	3(14%)	2.1(0.5-9.7)	0.39		
เพียงพอ	72	67	5(7%)	1			
สถานภาพการทำงาน							
ทำงาน	16	13	3(23%)	3.6(0.8-16.9)	0.12	5.5(0.6-51.7)	0.14
ว่างงาน	78	70	5(7%)	1			
เวลาดูแลต่อวัน							
น้อยกว่า 12 ชั่วโมง	55	47	7(13%)	5.5(0.6-47)	0.13	7.7(0.6-94.2)	0.11
มากกว่า 12 ชั่วโมง	39	36	1(3%)	1			
คะแนนIQCODE mean(SD)	94		4.3(0.5)	2.6(0.5-13.6)	0.25		
ADL คะแนนรวม mean(SD)	94		14.2(6.9)	1.1(1-1.2)	0.3		
ADL ขั้นพื้นฐาน	94		3.9(4)	1.1(0.9-1.3)	0.35		
ADL ขั้นสูง	94		10.5(3.6)	1.1(0.9-1.4)	0.38		
NPI คะแนนรวม mean(SD)	94		10.2(7)	1.1(1-1.3)	.01		
NPI ความเฉยเมย							
มีอาการ	50		8(16%)	17.8(1-318.1)	.01	2.8(1-8.4)	.06
ไม่มีอาการ	44		0	1			
NPI ความไม่ยับยั้งชั่งใจ							
มีอาการ	29		6(21%)	8.2(1.6-43.6)	.01	2.7(1.2-5.9)	.01
ไม่มีอาการ	65		2(3%)	1			

IQCODE= informant questionnaire on cognitive decline in the elderly, ADL=activity of daily living, NPI= neuropsychiatric inventory

ผลการวิเคราะห์การถดถอย พบว่าปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ คือ การมีรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า ดังตารางที่ 2 ส่วนปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ ทำให้ผู้ดูแลเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าเกือบ 3 เท่า ดังตารางที่ 3

จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านอยู่ในเกณฑ์ดี/ไม่มีปัญหา คะแนนเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในหนึ่งปีที่ผ่านมามีคะแนนเฉลี่ย 43.1(SD=20.9) หมายถึงผู้ดูแลรู้สึกมีสุขภาพดี เมื่อดูคะแนนแต่ละมิติพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านมุมมองด้านสุขภาพ พลังงาน การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 56, 60 และ 62 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในมิติหน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวทางกายมีคะแนนเฉลี่ย 77, 75 และ 69 ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกับคนไทยทั่วไปจากการศึกษาของ รณชัยและคณะ[11] พบว่าคะแนนต่ำกว่าแทบทุกมิติ โดยเฉพาะมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกายและมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต SF-36 ระหว่างคนไทยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 94 คน



วิจารณ์

ผลการประเมินด้วย HADS พบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 12 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8 ซึ่งมากกว่าความชุกของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในคนไทยคือร้อยละ 6.7[12] และร้อยละ 3.2[13] ตามลำดับ นั่นคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชได้มากกว่าคนไทยทั่วไป แต่ภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษานี้น้อยกว่าการศึกษาอื่นในฝั่งตะวันตก ซึ่งพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 50 ซึ่งมีความแตกต่างกันมาก ขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือในการวิจัย เช่น การศึกษาในสเปนสัมภาษณ์โดยแพทย์ด้วย Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) และ State-Trait Anxiety Inventory(STAI)[2] หรือเป็นตอบแบบสอบถามด้วยตนเองด้วยแบบสอบถาม Center of Epidemiologic Studies depression Scale (CES-D)[4] อย่างไรก็ดีการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่อังกฤษพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 จากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ พยาบาล หรือนักจิตวิทยา[3] ยังไม่พบการศึกษาที่วินิจฉัยโรคซึมเศร้าด้วยการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสมองเสื่อมพบน้อยกว่าการศึกษาในฝั่งตะวันตก อธิบายได้จากความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่ฝั่งตะวันตก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ขณะที่ในประเทศไทยผู้ดูแลเป็นบุตรสาวในอัตราส่วนที่มากกว่า ย่อมต้องมีความรู้สึกรักและเคารพผู้ป่วยอยู่แต่เดิม และต้องมีความกตัญญูรู้คุณ ทำให้มุมมองของการดูแลแตกต่างไปจากผู้ดูแลในฝั่งตะวันตก ผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลและมีทัศนคติที่ดีต่อตัวผู้ป่วยจะปรับตัวได้ดีกว่า ส่งผลให้การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลไทยน้อยกว่าผู้ดูแลทางฝั่งตะวันตก[14] นอกจากนี้ ในการศึกษานี้ ผู้ดูแลร้อยละ 61 มีผู้อื่นช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทำให้ลดภาระในการดูแลลงได้ ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ดูแลมักเกิดภาวะซึมเศร้าหลังเริ่มดูแลผู้ป่วยในเวลา 1 ปี ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นดูแลในการศึกษานี้ประมาณ 5 ปี ซึ่งนานพอที่ผู้ดูแลจะปรับตัวกับโรคสมองเสื่อม

ความรุนแรงของอาการทางประสาทจิตเวชสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[15,16] จากการวิเคราะห์ logistic regression พบปัจจัยทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ การมีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะวิตกกังวลได้เกือบ 6 เท่า เนื่องจากโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาระทางการเงินได้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ภาระโดยตรง เช่น ค่ารักษาพยาบาล ภาระโดยอ้อม เช่น การที่ผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ดังนั้น บุคลากรควรประเมินผู้ดูแลด้านการเงินและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม ด้านปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้เกือบ 3 เท่า ดังการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าความสูญเสียความสามารถของสมองด้านการจัดการ (executive function) และความไม่ยับยั้งชั่งใจเป็นอาการที่ทำนายการเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล[17] ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

อาการประสาทจิตเวชข้ออื่นที่มีแนวโน้มเพิ่มโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแล คือ อาการวิตกกังวลในผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่วิตกกังวลอาจมีอาการหงุดหงิด ตื่นกลัวโดยไม่มีเหตุผล อารมณ์ตึงเครียด

บางคนจะถามซ้ำๆ เกี่ยวกับเรื่องที่ตนกังวล บางคนตื่นกลัวเมื่อต้องอยู่ห่างจากผู้ดูแล ซึ่งอาการนี้จัดการได้ด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจหรือถ้าอาการรุนแรงอาจรักษาด้วยยา ส่วนปัญหาการนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืนเป็นอีกอาการหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลได้ ดังการศึกษาก่อนนี้ที่พบพฤติกรรมตื่นกลางดึกเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเครียดมากที่สุด มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญและมักเป็นเหตุให้ผู้ดูแลส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาล[18] ด้านอาการที่มีแนวโน้มเพิ่มโอกาสซึมเศร้าในผู้ดูแล คือ อาการเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลแย่ลง ผู้ดูแลจะรู้สึกตนเองแบกรับภาระร่วมกับรู้สึกว่าคนที่ตนรักไม่เป็นคนเดิม เกิดความรู้สึกสูญเสียคนรัก นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[19] อาการทางประสาทจิตเวชบางข้อสามารถจัดการได้ด้วยการปรับพฤติกรรมหรือการให้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่งถ้าลดความรุนแรงของอาการทางประสาทจิตเวชดังกล่าวแล้ว โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในผู้ดูแลควรลดลงเช่นกัน ในการศึกษานี้ อาการดังกล่าวมายังไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การทำนายปัจจัยที่มีผลกระทบมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่บอกผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยต่อมิติต่างๆ ของชีวิต ในการศึกษานี้ จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนไทยทั่วไปแทบทุกมิติ โดยเฉพาะมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกายและมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ สาเหตุที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระที่ยาวนาน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการประสาทจิตเวช ผู้ดูแลต้องอาศัยความพยายามและใช้แรงงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องปรับตัว และเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเหน็ดเหนื่อย ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ดูแล ทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง มีรายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง[20] โรคหัวใจและหลอดเลือด[21] ภาวะนอนไม่หลับ[22] มากกว่ากลุ่มควบคุม ในผู้ดูแลที่คุณภาพชีวิตต่ำจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่จัดการไม่ได้ ขาดพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร ดังนั้น ควรประเมินผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อวางแผนการช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมป้องกันสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมให้เป็นองค์รวมมากขึ้นโดยครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลมากกว่าคนไทยทั่วไป ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า คือ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ ส่วนปัจจัยการทำนายภาวะวิตกกังวล คือ การมีรายได้ไม่เพียงพอ ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนไทยทั่วไปเกือบทุกมิติ โดยเฉพาะมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกายและมิติการจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์

ข้อจำกัด

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในการศึกษานี้ (HADS) ถึงแม้จะมีความเที่ยงและเชื่อถือได้ แต่ก็เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง จึงควรศึกษาเพิ่มเติมโดยให้ผู้ดูแลที่มีผลคัดกรองทางจิตเวชผิดปกติได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญา สนับสนุนทุนการวิจัย

References

1. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimate of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai 2001;84:461-7.
2. Garcia-Alberca JM, Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. Int J Psychiatry Med 2011;41:57-69.
3. Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. Am J Geriatric Psychiatry 2005;13:795-801.
4. Ondee P, Panitrat R, Pongthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. Pacific Rim Int J Nurs Res 2013;17:167-80.
5. Cumming JL, Mega M, Graay K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The neuropsychiatric inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994;44:2308-14.
6. Senanarong V, Assavisaraporn S, Sirasiriyanonds N, Primtarkul T, Jamjumrus P, Udompunthuruk S et al. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. J Med Assoc Thai 2001; 84:648-55.
7. Silpakit O, Silpakit C, Pukdeenaul P. A comparison study of cognitive impairment screening tools: CDT, IQCODE VS MMSE. Siriraj Hosp Gaz 2007;59:361-3.
8. Senanarong V, Harnphadungkit K, Prayoonwiwat N, Poungvarin N, Sivasariyanonds N, Printarakul T et al. A new measurement of activities of daily living for Thai elderly with dementia. Int Psychogeriatr 2003;15:135-48.
9. Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thailand 1996;41:18-30.
10. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). Thai J Pharm Sci 2005;29:69-88.
11. Kongsakon R, Silpakit C. Thai version of the medical outcomes study 36 items Short Form health survey. Int J Med Sci 2009;6:160-7.
12. Kittirattanapaiboon P, Kongsuk T, Pengjuntr W, Leejongpermpoon J, Chutha W, Kenbubpha K. Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. J Ment Health Thai 2013;21:1-14.

13. World Health Organization. Mental health atlas: 2005. Singapore: World Health Organization; 2005.
14. Obert MT, Thomas SE, Gass KA, Ward SE. Caregiver demand and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nurs 1989;12:209-15.
15. Coen RF, Swanwick G, O'Boyle CA, Coakley D. Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's diseases. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12:331-6.
16. Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. Age Ageing 1982;11:121-6.
17. Davis JD, Tremont G. Impact of frontal systems behavioral functioning in dementia on caregiver burden. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2007;19:43-9.
18. Shub D, Darvishi R, Kunik ME. Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia. Geriatrics 2009;64:22-6.
19. Morris LW, Morris RG, Britton PG. The relationship between marital intimacy, perceived strain and depression in spouse caregivers of dementia suffers. Br J Med Psychol 1988;61:231-6.
20. Davis JD, Tremont G. Impact of frontal systems behavioral functioning in dementia on caregiver burden. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2007;19:43-9.
21. Shaw WS, Patterson TL, Ziegler MG, Dimsdale JE, Semple SJ, Grant I. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregiver. J Psychosom Res 1994;46:215-27.
22. Mausbach BT, Patterson TL, Rabinowitz YG, Grant I, Schulz R. Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. Health Psychology 2007;26:539-44.
23. Simpson C, Carter P. Dementia behavioural and psychiatric symptoms: effect on caregiver's sleep. J Clin Nurs 2013;22:3042-52.