



ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

Prevalence of Depression and Its Associated Factors among Caregivers of Elderly Psychiatric Patients

เชิดพิฑู วินาศปัทมา*, กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์*, สุวิทย์ เจริญศักดิ์*

Choedphithu Winatpatthama*, Gobhathai Sittironnarit*, Suwit Charoensak*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นอกจากนี้ยังศึกษาความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

วิธีการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นหลักในการดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวนทั้งหมด 181 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. และแบบประเมินความรุนแรงอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ด้วย chi-square, t-test, multiple logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจำนวน 181 ราย พบมีภาวะซึมเศร้า 9 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (จำนวน 6 ราย, ร้อยละ 67) มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับน้อยกว่า major depression ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ($p = 0.03$) และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ($p = 0.015$) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น ($p = 0.03$) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม ($p = 0.002$) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดต่ำลงในทุกมิติ ($p < 0.001$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดต่ำลงมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$, OR 0.889, 95% CI 0.825 - 0.958)

สรุป การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 5 โดยปัจจัยที่พบว่ามีผลเกี่ยวข้องกันกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุคือ ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดต่ำลง

คำสำคัญ ความชุก ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

Corresponding author: สุวิทย์ เจริญศักดิ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(3): 283-296

ABSTRACT

Objectives : To find the prevalence of depression and its associated factors among caregivers of elderly psychiatric patients, and to evaluate burden, social support and quality of life of caregivers.

Methods : Subjects were 181 primary caregivers of elderly patients who treated at psychiatric outpatient clinic in Siriraj hospital. Instruments were Zarit Burden Interview, Personal Resource Questionnaire : PRQ 85 - Part 2, SF-36 questionnaire, Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I) and Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Data were analyzed using chi-square, t-test and multiple logistic regression.

Results : Nine of 181 primary caregivers of elderly psychiatric patients had depression; prevalence = 5%. Most of caregivers had less than major depression (N=6, 67%). Factors that had statistically significant correlation with depression in caregivers were female gender ($p = 0.03$) and low to moderate level of self-efficacy for patient management ($p = 0.015$). This study also found that group of caregivers who had depression had more burden ($p = 0.03$), less social support ($p = 0.002$) and lower quality of life in all aspect ($p < 0.001$), with statistically significance. Multiple logistic regression analysis found that lower quality of life had statistically significant correlation with depression in caregivers ($p = 0.002$, OR 0.889, 95% CI 0.825 - 0.958)

Conclusion : Prevalence of depression in primary caregivers of elderly psychiatric patients in this study was 5%, and associated factors were female gender and low to moderate level of self-efficacy for patient management. Caregivers who had depression had more burden, less social support and lower quality of life.

Keywords : prevalence, depression, caregiver, elderly psychiatric patients

Corresponding author: Suwit Charoensak

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(3): 283-296

บทนำ

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคทางกายเรื้อรัง¹ และอาจพบความผิดปกติในด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ประสาทสัมผัสต่างๆ ทั้งห้า การทำงานของสมองในเรื่องความคิด ความจำ การวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจ มักมีความบกพร่องจากเดิม ผู้สูงอายุบางรายที่มีความจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำเป็นต้องพึ่งพาอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือหรือพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น บางรายอาจต้องการผู้ดูแลมากถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน

ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะถูกมองข้าม ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะเมื่อมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย มีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ดังนั้นไม่เพียงแต่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเวชเท่านั้นที่ควรได้รับการดูแลรักษา แต่ต้องให้ความใส่ใจดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยที่ทำการศึกษาระยะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.7² แต่การศึกษาดังกล่าวยังมีอยู่น้อย ส่วนใหญ่เน้นทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม³⁻⁵ และบางการศึกษาทำเพียงการคัดกรองภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของประโยชน์ที่จะมีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเวชในทุกกลุ่มโรคมากขึ้น การศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่อไป ทั้งในแง่การให้ความรู้ความเข้าใจและการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้นในผู้ดูแล อีกทั้งยังอาจเป็นประโยชน์เพื่อเป็นแนวทาง

ในการวางแผนการคัดกรองและให้การรักษาที่รวดเร็วขึ้นหากพบว่ามีภาวะสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

การศึกษานี้มีจุดประสงค์หลักเพื่อศึกษาเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นอกจากนี้ยังศึกษาความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Siriraj institutional review board) รหัสโครงการ 474/2558(EC1)

เกณฑ์รับเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นหลักในการดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช
 2. ดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป
 3. สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้
 4. ให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การถอนผู้เข้าร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยทำเมื่อพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีสภาวะที่ไม่พร้อมในการทำแบบสอบถามและสัมภาษณ์ หรือทำไม่ได้ครบสมบูรณ์หรือต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุในประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 15.7² ข้อมูลจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนที่มารับบริการทางจิตเวชเท่ากับร้อยละ 21⁶ และความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 30 ถึง 83^{7,8} ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อความชุกเท่ากับร้อยละ 50 เนื่องจากให้ขนาดตัวอย่างมากที่สุด การคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (type I error = 0.05, 2-sided) เมื่อผู้วิจัยยอมให้ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่ได้แตกต่างจากค่าจริงไม่เกินร้อยละ 8 โดยใช้โปรแกรม nQuery Advisor 5.0 คำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ได้เท่ากับ 151 ราย เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูลและวิเคราะห์ พหุตัวแปร ผู้วิจัยจึงจะทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวทั้งหมด 180 ราย

ทีมผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นหลักในการดูแลและรับผิดชอบ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวนทั้งหมด 181 ราย ในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 โดยทีมผู้วิจัยทั้งหมดได้ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือในการประเมินหรือทดสอบต่างๆ และมีประสบการณ์ในทางคลินิกในการทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชมาก่อน ในช่วงระยะเวลาการสัมภาษณ์ หากมีเหตุอื่นเข้ามาขัดจังหวะระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราวและรอให้เหตุการณ์นั้นผ่านพ้นไป และหากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการจะให้ข้อมูลต่อ จึงจะสัมภาษณ์เพิ่มเติมต่อไปให้เสร็จ แต่ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการหยุดการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีอาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ทางผู้วิจัยจะแจ้งข้อมูลให้ทราบพร้อมกัน

แนะนำสถานที่บริการรักษาโรคซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทางสังคมและประชากรของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ, และประเมินค่าคะแนน BADL (basic activities of daily living) ของผู้ป่วย
2. แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย (Zarit Burden Interview) พัฒนาเครื่องมือโดย Dr. Steven H. Zarit และถูกพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริและคณะ⁹
3. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire : PRQ 85 - Part 2) เป็นแบบประเมินด้วยตนเองพัฒนาขึ้นโดย Brandt และ Weinert¹⁰ โดยใช้แนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของ Weiss¹¹ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล เมื่อปี พ.ศ. 2532 แบบทดสอบวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้านคือ ความใกล้ชิดผูกพัน การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความมีคุณค่าในตนเอง
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (Medical Outcomes Study Short form: SF-36) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง พัฒนาขึ้นโดย Ware & Sherbourne และพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รัตนชัย คงสกนธ์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ¹²
5. แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. ถูกพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ¹³
6. แบบประเมินความรุนแรงอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD) พัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์ชาวอังกฤษ Professor Hamilton และพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ¹⁴ ในการศึกษานี้จะใช้

เครื่องมือชุดนี้ก็ต่อเมื่อ ผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าจากเครื่องมือ M.IN.I เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสถิติ SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อรายงานความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ ใช้สถิติ chi-square test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบจัดกลุ่ม และใช้สถิติ t-test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจากการวิเคราะห์ univariate analysis ไปวิเคราะห์หัตถ์ด้วยสถิติ multiple logistic regression โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุทั้งหมด 181 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.6 ปี \pm 8.04 SD ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.1) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ (จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9) มีสัญชาติไทย 179 ราย (ร้อยละ 98.9) และมีสถานภาพสมรส 112 ราย (ร้อยละ 61.9) รองลงมา เป็นสถานภาพโสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ 68 ราย (ร้อยละ 37.6) ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น 100 ราย (ร้อยละ 55.2) และระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป 79 ราย (ร้อยละ 43.6) ส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ 141 ราย (ร้อยละ 77.9)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกายร่วมด้วย 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.8) ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 84 ราย (ร้อยละ 46.4) รองลงมาได้แก่ ไช้มันในโลหิตสูง 56 ราย (ร้อยละ

30.9) โรคเบาหวาน 49 ราย (ร้อยละ 27.1) และโรคหัวใจ และหลอดเลือด 31 ราย (ร้อยละ 17.1) ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ 95 ราย (ร้อยละ 43.6)

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลโรคประจำตัวของผู้ดูแล (ตารางที่ 1)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุทั้งหมด 181 ราย มีอายุ 19- 81ปี อายุเฉลี่ย 52.23 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.3) อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49.7) และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 55.8) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 63) ร้อยละ 41.4 ของผู้ดูแลมีรายได้ประมาณ 10,001 - 30,000 บาทต่อเดือน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.2) พบมีโรคประจำตัวทางฝ่ายกาย โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 24.3) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.8) และไขมันในโลหิตสูง (ร้อยละ 13.8) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยร้อยละ 44.8 เป็นบุตรของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมาแล้วมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 85.6) และใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 40.9) ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 64.6) มีประมาณหนึ่งในห้า (ร้อยละ 21) มีภาระการดูแลบุคคลอื่นร่วมด้วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าตนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (ร้อยละ 64.1) ที่มาของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 38.1) รองลงมาคือ ความรู้จากสื่อต่างๆ (ร้อยละ 24.3) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.9) และปานกลาง (ร้อยละ 45.3) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 49.2) ผู้ดูแลจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 9.9) มีโรคทางจิตเวชด้วย ซึ่งส่วนมากเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะเครียด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (n=181)

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (Mean ± SD)	52.23 ± 13.55	
เพศ	เพศหญิง	120 (66.3)
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	107 (59.1)
	อื่นๆ	74 (40.9)
สัญชาติ	ไทย	178 (98.3)
	อื่นๆ	3 (1.7)
สถานภาพสมรส	สมรส	90 (49.7)
	โสด	77 (42.5)
	หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	13 (7.2)
	ไม่ตอบ	1 (0.6)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	79 (43.6)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	101 (55.8)
	ไม่ตอบ	1 (0.6)
อาชีพ	ว่างงาน	67 (37.0)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39 (21.5)
	รับจ้าง	31 (17.1)
	รับราชการ	20 (11.0)
	พนักงานบริษัท/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19 (10.5)
	อื่นๆ	5 (2.8)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	ไม่มีรายได้	27 (14.9)
	≤ 10,000	35 (19.3)
	10,001-30,000	75 (41.4)
	30,001-50,000	26 (14.3)
	> 50,000	16 (8.8)
	ไม่ตอบ	2 (1.1)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	น้อยกว่า 6 เดือน	9 (5.0)
	6 เดือน - 1 ปี	17 (9.4)
	มากกว่า 1 ปี	155 (85.6)
ชั่วโมงการดูแลต่อวัน	น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	59 (32.6)
	6 - 12 ชั่วโมง	48 (26.5)
	มากกว่า 12 ชั่วโมง	74 (40.9)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บุตร	81 (44.8)
	สามีภรรยา	48 (26.5)
	ญาติพี่น้อง	25 (13.8)
	บิดามารดา	17 (9.4)
	ได้รับการว่าจ้าง	6 (3.3)
	อื่นๆ	4 (2.2)
ค่าตอบแทนในการดูแล	ได้รับค่าตอบแทน	19 (10.5)
	ไม่ได้รับค่าตอบแทน	162 (89.5)
ผู้ช่วยดูแล	มีผู้ช่วยดูแล	117 (64.6)
	ไม่มีผู้ช่วยดูแล	64 (35.4)
ภาระการดูแลบุคคลอื่น	ไม่มี	143 (79.0)
	มี	38 (21.0)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ (n=181) (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ในการดูแล	ไม่มีความรู้	65 (35.9)
	มีความรู้	116 (64.1)
แหล่งที่มาของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	จากประสบการณ์	69 (38.1)
	จากสื่อต่างๆ	44 (24.3)
	จากการอบรม	15 (8.3)
ความมั่นใจในการดูแล	มั่นใจมาก	94 (51.9)
	มั่นใจปานกลาง	82 (45.3)
	มั่นใจน้อย	5 (2.8)
โรคประจำตัวทางฝ่ายกาย	ไม่มี	85 (47.0)
	มี	89 (49.2)
	ไม่ทราบ	7 (3.9)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคจิตเวชในการศึกษาคั้งนี้ มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 5 โดยวินิจฉัยเป็น major depressive episode, current 1 ราย (ร้อยละ 11.1), major depressive episode, recurrent 4 ราย (ร้อยละ 44.4) และ dysthymia 4 ราย (ร้อยละ

44.4) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบว่ามีความซึมเศร้าได้รับการรักษาต่อเนื่องอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ มี 1 รายที่เป็นผู้ป่วยวินิจฉัยใหม่ เมื่อที่ทีมผู้วิจัยพบความเสี่ยงดังกล่าวได้ดำเนินการแจ้งประสานให้ได้มีการตรวจรักษาต่อเนื่องกับจิตแพทย์หลังจากที่เก็บข้อมูลเสร็จสิ้นทันที

ข้อมูลจากแบบประเมินความรุนแรงอาการซึมเศร้า (HRSD) ฉบับภาษาไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (จำนวน 6 ราย, ร้อยละ 67) มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับน้อยกว่า major depression (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลจากแบบประเมินความรุนแรงอาการซึมเศร้าจำแนกตามระดับความรุนแรง

ระดับ depression*	คะแนนรวม HRSD-17**	จำนวน (ร้อยละ)
No depression	0-7	1 (11)
Mild depression	8-12	1 (11)
Less than major depression	13-17	6 (67)
Major depression	18-29	1 (11)
Severe major depression	≥ 30	0

*ระดับ depression แบ่งตามระดับความรุนแรงของคะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมิน (อ้างอิงตามการพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ) ไม่ได้ใช้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของโรคซึมเศร้า

** HRSD-17 หมายถึง Hamilton Rating Scale for Depression 17 items

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุโดยวิธี univariate analysis (ตารางที่ 3) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ($p = 0.03$) และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ($p = 0.015$) โดยกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ราย (ร้อยละ 100) เป็นเพศหญิง ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลปกติที่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 111 ราย (ร้อยละ 64.5) กลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า 8 ราย (ร้อยละ 88.9) มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลปกติที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลางมีจำนวน 79 ราย (ร้อยละ 45.9) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น ($p = 0.03$) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม ($p = 0.002$) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดต่ำลงในทุกมิติ ($p < 0.001$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลจากการประเมิน BADL ของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) มีความรุนแรงอยู่ในระดับ mild dependence หรือมีค่าคะแนน ≥ 12 และเมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 77.8) มีความรุนแรงอยู่ในระดับ mild dependence (ตารางที่ 3) ค่าคะแนนเฉลี่ย BADL ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มผู้ดูแลปกติ และผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.274$)

ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 20.99 ± 14.95 ผู้ดูแลเกินครึ่งรู้สึกว่าการดูแลมีภาระน้อยหรือไม่มีภาระการดูแลเลย

(ร้อยละ 56.9) เมื่อจำแนกตามกลุ่มผู้ดูแลพบว่า ในกลุ่มผู้ดูแลปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ย 19.99 ± 13.81 และกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามี่ค่าคะแนนเฉลี่ย 40 ± 22.79 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) (ตารางที่ 3)

ข้อมูลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลพบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนต่ำกว่า เมื่อเทียบกับระหว่างกลุ่มผู้ดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยในกลุ่มผู้ดูแลปกติมีคะแนน 83-175 คะแนนเฉลี่ย 132.27 ± 20.32 ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามี่คะแนน 68-139 คะแนนเฉลี่ย 109.89 ± 23.87

ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนลดลงในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) และค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกมิติของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า (45.81 ± 11.33) น้อยกว่าในกลุ่มผู้ดูแลปกติ (76.62 ± 13.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจากการวิเคราะห์ univariate analysis ยกเว้นเพศของผู้ดูแลที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากมีจำนวนน้อยมาก ไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression (ตารางที่ 4) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรวมในทุกมิติที่ลดต่ำลงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$, OR 0.889, 95% CI 0.825 - 0.958)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยวิธี univariate analysis

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มผู้ดูแลทั้งหมด (N=181)	กลุ่มผู้ดูแลปกติ (N=172)	กลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า (N=9)	P value
ผู้ดูแลเพศหญิง				
จำนวนคน (ร้อยละ)	120 (66.3)	111 (64.5)	9 (100)	0.030
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย				0.015
จำนวนคน (ร้อยละ)				
- มั่นใจมาก	94 (51.9)	93 (54.1)	1 (11.1)	
- มั่นใจน้อยถึงปานกลาง	87 (48.1)	79 (45.9)	8 (88.9)	
BADL* ของผู้ป่วย				
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD)	16.64 (4.59)	16.72 (4.56)	15.00 (5.12)	0.274
- Mild dependence (คะแนน ≥ 12) จำนวนคน (ร้อยละ)	152 (84)	145 (84.3)	7 (77.8)	
- Moderate dependence (คะแนน 9-12) จำนวนคน (ร้อยละ)	10 (5.5)	9 (5.2)	1 (11.1)	
- Severe dependence (คะแนน 5-8) จำนวนคน (ร้อยละ)	14 (7.7)	13 (7.6)	1 (11.1)	
- Total dependence (คะแนน 0-4) จำนวนคน (ร้อยละ)	5 (2.8)	5 (2.9)	0	
แบบสอบถามการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วย				
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD)	20.99 (14.95)	19.99 (13.81)	40 (22.79)	0.030
- รู้สึกมีภาระน้อยหรือไม่มีเลย (คะแนน 0- 20) จำนวนคน (ร้อยละ)	103 (56.9)	101 (58.7)	2 (22.2)	
- รู้สึกเป็นภาระในระดับน้อยจนถึงระดับปานกลาง (คะแนน 21 - 40) จำนวนคน (ร้อยละ)	54 (29.8)	53 (30.8)	1 (11.1)	
- รู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง (คะแนน 41 - 60) จำนวนคน (ร้อยละ)	22 (12.2)	18 (10.5)	4 (44.4)	
- รู้สึกเป็นภาระในระดับรุนแรง (คะแนน 61 - 88) จำนวนคน (ร้อยละ)	2 (1.1)	0 (0)	2 (22.2)	
แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล				
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD)	131.16 (21.01)	132.27 (20.32)	109.89 (23.87)	0.002
แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ				
ค่าคะแนนเฉลี่ย (SD) รวมของทุกมิติ	75.09 (15.00)	76.62 (13.54)	45.81 (11.33)	<0.001
- Physical functioning	84.39 (18.44)	85.87 (17.17)	56.11 (19.97)	<0.001
- Role-physical	78.18 (34.06)	80.23 (32.58)	38.89 (39.75)	<0.001
- Bodily pain	77.65 (21.61)	79.35 (20.10)	45.28 (25.08)	<0.001
- General health	61.96 (19.88)	62.99 (19.49)	42.22 (17.70)	0.002
- Vitality	60.59 (15.43)	61.99 (14.17)	33.89 (14.74)	<0.001
- Social functioning	86.74 (18.07)	87.94 (17.36)	63.89 (17.05)	<0.001
- Role-emotional	81.40 (33.02)	83.33 (31.94)	44.44 (33.33)	<0.001
- Mental health	69.78 (16.70)	71.25 (15.5)	41.78 (14.44)	<0.001

*BADL : basic activities of daily living

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ โดยวิธี multiple logistic regression analysis

ปัจจัยที่ศึกษา	P-value	Odd ratio	95% CI
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยน้อยถึงปานกลาง	0.556	2.037	0.191 - 21.761
ค่าคะแนนเฉลี่ย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วย	0.928	0.997	0.933 - 1.065
ค่าคะแนน เฉลี่ย แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล	0.163	0.968	0.924 - 1.013
ค่าคะแนนเฉลี่ย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรวมในทุกมิติ	0.002	0.889	0.825 - 0.958

หมายเหตุ เพศของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากมีจำนวนน้อยมาก

บทวิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 5 ซึ่งค่าความชุกที่ได้น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Tennstedt และคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำกัดทางร่างกาย และงานวิจัยของ Matsuu และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทของประเทศญี่ปุ่นที่มารับบริการทางสาธารณสุข ทั้งสองการศึกษาทำการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ดูแลและใช้ CES-D scale เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงถึงร้อยละ 35.2 และ 26.7 ตามลำดับ ข้อมูลการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์พบประมาณร้อยละ 15-32¹⁷ ข้อมูลจากงานวิจัยในประเทศไทยศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.7² โดยเครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) สาเหตุที่ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อาจเป็นผลจากความแตกต่างทางลักษณะกลุ่มประชากร ชนิดและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และชนิดของเครื่องมือที่ใช้วัดต่างกัน

งานวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งใน

ต่างประเทศและประเทศไทย^{2-5,18,19} แสดงให้เห็นถึงลักษณะโครงสร้างทางครอบครัวที่เพศหญิงยังคงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลจากหลายการศึกษา^{15,18,19} ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดมากกว่าเพศชาย แต่ยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัดเนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวยังมีน้อย^{20,21} อีกปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้คือ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ความมั่นใจในการดูแลเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่ผู้ดูแลประเมินตนเองที่เป็นผลลัพธ์จากมุมมองต่อการดูแล ความยากง่ายของปัญหา การจัดการแก้ปัญหา หรือวิธีการที่ผู้ดูแลตอบสนองต่อปัญหาจากการดูแล ความเข้าใจต่อภาวะที่ผู้ป่วยเป็นรวมถึงการยอมรับและการมีมุมมองในเชิงบวก ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นด้านหนึ่งของแง่มุมด้านบวกในการให้การดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ Fortinsky²² ซึ่งทำการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในตนเองในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยสูง สัมพันธ์กับการมีอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลน้อยกว่า และผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในตนเองในการใช้บริการของสาธาณณะสูงและมีความมั่นใจในตนเองในการจัดการ

กับอาการของผู้ป่วยสูง สัมพันธ์กับการที่ผู้ดูแลมีอาการทางร่างกายน้อยกว่า

ด้านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคล ขึ้นกับความสมดุลของความต้องการกับสิ่งที่มีอยู่ของผู้ดูแล เป็นปรากฏการณ์ที่สัมพันธ์กับหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ²³ ในการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเกินครึ่งรู้สึกว่าคุณมีภาระน้อยหรือไม่มีภาระการดูแลเลย ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย (Zarit Burden Interview) มีคะแนนเฉลี่ย 20.99 ± 14.95 ซึ่งน้อยกว่าผลที่ได้จากการศึกษาของสาริตาและคณะ⁴ ที่ทำการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ และน้อยกว่าผลของการศึกษาในต่างประเทศที่ทำการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์²⁴ ข้อมูลจากการศึกษาของสาริตาและคณะ⁴ พบผู้ดูแลที่ประเมินว่าคุณมีภาระการดูแลคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 68.9 และสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ²⁴ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยคือ ภาวะซึมเศร้า อายุมากกว่า 60 ปี การไม่ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ในปัจจุบัน ระยะเวลาในการดูแล และมีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องดูแลร่วมด้วย สาเหตุของความแตกต่างด้านภาระการดูแลในการศึกษานี้ อาจเกิดได้จากหลายปัจจัยได้แก่ ความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษาลักษณะสังคมของประเทศไทยที่มีมุมมอง แนวความคิด และการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระที่ต่างกัน คนไทยมีค่านิยมในเรื่องกตัญญูทวดเวที การดูแลบิดามารดาญาติพี่น้องหรือผู้มีพระคุณ ตลอดจนความแตกต่างของโรคและระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย การประเมิน BADL ของผู้ป่วยในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) มีความรุนแรงอยู่ในระดับ mild

dependence นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแล (ร้อยละ 64.4) และส่วนใหญ่ไม่มีภาระในการดูแลบุคคลอื่น (ร้อยละ 79) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลปกติ โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้²⁴

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดต่ำลง โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่น้อยลงอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และการที่ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อความเครียดและภาวะวิกฤติได้เหมาะสม^{25,26} งานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและพบว่าภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตต่ำลง²⁷

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีความหลากหลายในแง่การวินิจฉัยโรค ซึ่งน่าจะมีความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกันหรือลักษณะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่แตกต่างกัน อาจส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ในแง่ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปริมาณของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลค่อนข้างมาก ใช้ระยะเวลาในการทำทดสอบในผู้ดูแลแต่ละรายค่อนข้างนาน อาจมีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามหรือระหว่างการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง

อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนระหว่างผู้ตอบคำถามและผู้เก็บข้อมูล หรือผู้ดูแลอาจปิดบังข้อมูลบางส่วนหรือประเมินตนเองได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็น cross-sectional study ความชุกของภาวะซึมเศร้าและข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ เป็นเพียงข้อมูลที่ได้ ณ เวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป

ยังเป็นการยากที่จะสรุปได้ว่าปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่แท้จริงอย่างไรบ้าง จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่อไป ในการทำการศึกษาดังกล่าว อาจมีการพัฒนาและเลือกใช้เครื่องมือที่มีความกระชับมากขึ้น เลือกใช้เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็น objective data มากขึ้น อาจทำการศึกษาดังต่อไปโดยมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับปัจจัยด้านต่างๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รวมถึงการติดตามในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงเหตุปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุป

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 5 โดยปัจจัยที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุคือ ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทีมแพทย์ผู้รักษาควรให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลแก่ผู้ดูแล ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

ยังเป็นการยากที่จะสรุปได้ว่าปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่แท้จริงอย่างไรบ้าง จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ R015931053 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณจุฬารัตน์ พูลเอี่ยม ที่ได้ให้คำปรึกษาเรื่องสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. He Z, Bian J, Carretta HJ, Lee J, Hogan WR, Shenkman E, et al. Prevalence of multiple chronic conditions among older adults in florida and the United States: comparative analysis of the One Florida Data Trust and National Inpatient Sample. J Med Internet Res 2018; 20: e137. doi:10.2196/jmir.8961
2. 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):319-30. (Thai)
3. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2013;58: 101-10. (Thai)

4. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients at department of psychiatry, King Chulalongkorn Memorial hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012;57: 335-46. (Thai)
5. Ondee P, Panitrat R, Pondthavornkamol 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.
6. Molyneux GJ, McCarthy GM, McEniff S, Cryan M, Conroy RM. Prevalence and predictors of carer burden and depression in carers of patients referred to an old age psychiatric service. *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 1193-202.
7. Eisdorfer C, Czaja SJ, Lowenstein DA, Rubert MP, Arguelles S, Mitrani VB, et al. The effect of family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist* 2003; 43: 521-31.
8. Buckwalter KC, Gerdner L, Kohout F, Hall GR, Kelly A, Richards B, et al. A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 1999;13: 80-8.
9. Toonsiri C, Sunsem R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs Educ* 2011; 4; 62-75. (Thai)
10. Brandt PA, Weinert C. The PRQ-a social support measure. *Nurs Res* 1981; 30: 277-80.
11. Weiss RW. The provisions of social relationships. In Robin Z, editor. *Doing unto others*. EngleWood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.1974.
12. Kongsakon R, Silpakit C. Thai version of the Medical outcome study 36 items short form health survey (SF-36) : an instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Rama Med J*.2000; 23: 8-19. (Thai)
13. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005; 13: 125-35. (Thai)
14. Lotrakul M, Sukanit P, Sukying C. The validity and reliability of the Hamilton Rating scale for depression, Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 1996; 41(4):235-46. (Thai)
15. Tennstedt S, Cafferata GL, Sullivan L. Depression among caregivers of impaired elders. *J Aging Health* 1992; 4: 58-76.
16. Matsuu K, Washio M, Arai Y, Ide S. Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54: 553-7.
17. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health* 2005; 9: 325-30.
18. Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Virnig B, Lynn J. Stress in caregivers of hospitalized oldest-old patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M231-5.

19. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18: 250-67.
20. Lutzky SM, Knight BG. Explaining gender differences in caregiver distress: the roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychol Aging* 1994; 9: 513-9.
21. Miller B, Cafasso L. Gender differences in caregiving: fact or artifact?. *Gerontologist*. 1992; 32: 498-507.
22. Fortinsky RH , Kercher K, Burant CJ. Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging Ment Health* 2002; 6: 153-60.
23. de Labra C, Millan-Calenti JC, Bujan A, Nunez-Naveira L, Jensen AM, Peersen MC, et al. Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2015; 60: 380-8.
24. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 353. doi: 10.1186/s12888-017-1501-1.
25. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health related functions of social support. *J Behav Med* 1981; 4: 381-406.
26. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48: 419-24.
27. Heidari Gorji MA, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Res Notes* 2012; 5: 310.