



ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในประเทศไทย

พาวุฒิ เมฆวิชัย พบ.*, สุรินทร์ แซ่ตั้ง พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ณ คลินิกภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลัก จำนวน 66 ราย ณ คลินิกภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2555 ประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory (CBI)

ผลการศึกษา ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 66 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.4 ± 8.5 ปี ในจำนวนนี้ 39 ราย (ร้อยละ 59.1) ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 66 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.8 ± 12.5 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.3) CBI มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.6 ± 12.6 คะแนน เมื่อแจกแจงแต่ละด้าน พบว่าผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ปัญญาดำ การเป็นคู่สมรสและระดับการศึกษาต่ำ

สรุป การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีระดับความรู้ปัญญาดำ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและมีระดับการศึกษาต่ำ

คำสำคัญ ผลกระทบของผู้ดูแลภาวะสมองเสื่อม ปัจจัย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 101-110

* สาขาประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000



Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers

Pawut Mekawichai M.D.*, Surin Saetang M.D.*

ABSTRACT

Objective : To determine the burden of caregivers in caring for dementia patients and to identify the associated factors with the burden of caregiver at Dementia clinic, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

Methods : The cross-sectional descriptive study was conducted. The data were collected from 66 patients with dementia and major caregivers at Dementia clinic, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during January to May 2012. The caregiver burden was assessed by using the Caregiver Burden Inventory (CBI) questionnaires.

Result : Sixty-six dementia patients had mean age of 73.4 ± 8.5 years which 39 patients (59.1%) needed caregiver assistance in performing the activity of daily living (ADL). Sixty-six caregivers had mean age of 50.8 ± 12.5 years which 53 (80.3%) caregivers were female. The mean CBI score was 15.6 ± 12.6 points. The most burden to caregiver was time dependent burden. Factors associated with burden of caregivers were the caring of patients with low ability to perform activity of daily living and poor cognitive function, being spouse, and low education of caregivers.

Conclusion : The caring for dementia patients had impact to caregivers. The time consuming was the most influence to caregiver burden. The factors associated with caregiver burden were the caring in patient with low ability to perform ADL and poor cognitive function, being spouse and low education of caregivers.

Keywords : caregiver burden, dementia, factors.

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(1): 101-110

* Neurology unit, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Amphur Muang, Nakhon Ratchasima Province, Thailand 30000

บทนำ

ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจาก 1.5 ล้านคนเมื่อปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคนเมื่อปี พ.ศ. 2551¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประมาณของสถาบันประชากรไทยและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คาดว่าในอีก 10-15 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11-12.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.8-19.8 ของประชากรทั้งหมด²

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในประเทศไทยมีการศึกษาในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 1.8-2.0 ส่วนในประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 11.4 โดยแยกเป็นในเพศชายร้อยละ 8 และหญิงร้อยละ 13.9³

อาการของภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยการถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาวน์ปัญญา (cognition) ด้านอารมณ์และ/หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ จะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) จึงมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แต่การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นงานหนักและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร⁴⁻⁶ ดังนั้นการประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของผู้ดูแลในคลินิกภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในช่วงเวลาระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4th edition text revised (DSM-IV-TR)⁷ โดยอายุแพทย์ระบบประสาทวิทยา ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ทำการรักษา ชนิดของภาวะสมองเสื่อม ประเมิน cognitive function โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai-Mini-Mental-State-Examinations: TMSE)⁸ ณ ปัจจุบันและเมื่อแรกวินิจฉัย ข้อมูลพื้นฐานผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและสุขภาพของผู้ดูแล หลังจากผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลพื้นฐานแล้ว ตามด้วยแบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory (CBI) ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานและมีความแม่นยำสูงในการวัดผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม^{9,10}

แบบทดสอบ CBI เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สะท้อนความรู้สึกของผู้ดูแลถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย โดยทำการประเมินผลกระทบใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา (time dependence burden) จำนวน 5 ข้อ ด้านการพัฒนาการ (developmental burden) จำนวน 5 ข้อ ด้านร่างกาย (physical burden) จำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม (social burden) จำนวน 5 ข้อ และด้านอารมณ์ (emotional burden) จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนนแบบ โดยในแต่ละคำถามจะให้ผู้ดูแลเลือกคำตอบที่บอกถึงความรู้สึกของผู้ดูแลในปริมาณมากน้อยตามคะแนน

ดังนี้ **ประจำ** (4 คะแนน) หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดเป็นประจำสม่ำเสมอ **บ่อยครั้ง** (3 คะแนน) หมายถึงเกิดเป็นส่วนมาก **บางครั้ง** (2 คะแนน) หมายถึง เกิดและไม่เกิดใกล้เคียงกัน **นาน ๆ ครั้ง** (1 คะแนน) หมายถึงเกิดขึ้นน้อยครั้ง (ร้อยละ 1-25) **ไม่เคยเลย** (0 คะแนน) หมายถึง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ดังนั้นคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสูง คำถามแต่ละข้อจะถูกถามโดยแพทย์หรือพยาบาลเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการตอบคำถาม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ ระหว่างผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยกับปัจจัยพื้นฐานทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลแจกแจงนับแสดงโดย จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องแสดงโดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานและพิสัยตามลักษณะการกระจายของข้อมูล (ทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov) การวิเคราะห์หาความแตกต่างทางสถิติระหว่างข้อมูลสองกลุ่มใช้ t-test หรือ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติหากค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 66 ราย มีอายุเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 73.4 ± 8.5 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 63.6) ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดคือ Alzheimer's disease จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 48.5) รองลงมาได้แก่สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) (14 ราย ร้อยละ 21.2) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (13 ราย ร้อยละ 19.7) และสมองเสื่อมจาก Alzheimer's disease ร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง (mixed dementia) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 10.6) ผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 25.8 ± 23.5 เดือน คะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยเมื่อแรกวินิจฉัยและปัจจุบันเท่ากับ 18.9 ± 6.1 คะแนน และ 20.5 ± 7.8 คะแนนตามลำดับ ผู้ป่วยจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 59.1) ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 66 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.8 ± 12.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 80.3) สมรสแล้ว จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 59.1) จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีงานประจำ เป็นบุตรหรือหลานของผู้ป่วย มีโรคประจำตัว 14 ราย (ร้อยละ 21.2) โรคที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูง (10 ราย ร้อยละ 15.2) รองลงมาได้แก่ภาวะไขมันในเลือดสูง (7 ราย ร้อยละ 10.6) เบาหวาน (5 ราย ร้อยละ 7.6) และโรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 10.6) ดูตารางที่ 1

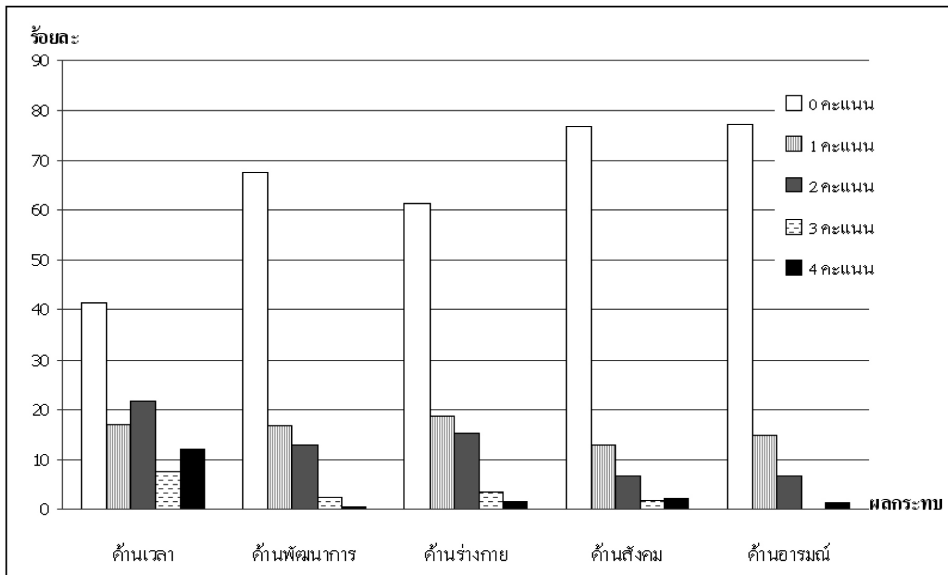
ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล (จำนวน 66 ราย)

| ปัจจัย | จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|
| ปัจจัยด้านผู้ป่วย | |
| อายุ (ปี) | 73.4±8.5 |
| คะแนน TMSE เมื่อวินิจฉัย | 18.9±6.1 |
| คะแนน TMSE ปัจจุบัน | 20.5±7.8 |
| ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา-เดือน | 25.8±23.5 |
| เพศหญิง | 42 (63.6) |
| สมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease | 32 (48.5) |
| ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | 39 (59.1) |
| ปัจจัยด้านผู้ดูแล | |
| อายุ (ปี) | 50.8±12.5 |
| เพศหญิง | 53 (80.3) |
| สถานภาพ | |
| - สมรส | 39 (59.1) |
| - โสด | 14 (21.2) |
| - อื่น ๆ | 13 (19.7) |
| การทำงาน | |
| - มีงานประจำ | 40 (60.6) |
| - ไม่มีงานประจำ | 19 (28.8) |
| - เกษียณอายุ | 7 (10.6) |
| จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 33 (50.0) |
| รายได้เพียงพอ | 63 (95.5) |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | |
| - บุตรหลาน | 48 (72.8) |
| - คู่สมรส | 12 (18.2) |
| - อื่น ๆ | 6 (9.1) |
| มีโรคประจำตัว | 14 (21.2) |

TMSE: Thai-Mini-Mental-State-Examinations

จากผลการตอบแบบสอบถาม CBI ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.6±12.6 คะแนน ผลกระทบด้านเวลา มีผลต่อผู้ดูแลมากที่สุดโดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 6.5 คะแนน (พิสัย 0-18 คะแนน) รองลงมาได้แก่ผลกระทบด้านร่างกาย (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.0 คะแนน (0-13 คะแนน)) ผลกระทบด้านพัฒนาการ (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.0 คะแนน (0-14 คะแนน)) ผลกระทบด้านสังคม (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.0 คะแนน (0-11 คะแนน)) และผลกระทบด้านอารมณ์ (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0 คะแนน (0-12 คะแนน)) นอกจากนี้พบว่าผลกระทบด้านเวลา มีผู้ดูแลให้คะแนน 4 คะแนนร้อยละ 12.1 ซึ่งมากกว่าผลกระทบด้านอื่น (ด้านพัฒนาการร้อยละ 0.6 ด้านร่างกายร้อยละ 1.5 ด้านสังคมร้อยละ 2.1 และด้านอารมณ์ร้อยละ 1.2) (รูปที่ 1)

เมื่อนำคะแนนจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ตารางที่ 2) พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง ณ ปัจจุบันต่ำและผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย ระยะเวลาที่รับการรักษา ชนิดของภาวะสมองเสื่อมและคะแนนจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยเมื่อแรกวินิจฉัยไม่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแล ในด้านปัจจัยของผู้ดูแลพบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพ การทำงานและสุขภาพของผู้ดูแล ไม่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ



รูปที่ 1 ผลคะแนนจากการตอบแบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory (CBI) แยกตามผลกระทบในแต่ละด้านและร้อยละของผู้ดูแลที่ให้คะแนนในแต่ละระดับความรุนแรง (จำนวน 66 ราย)

หมายเหตุ: 4 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเกิดเป็นประจำสม่ำเสมอ 3 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเกิดเป็นส่วนมาก 2 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเกิดและไม่เกิดใกล้เคียงกัน 1 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเกิดขึ้นน้อยครั้ง 0 คะแนนหมายถึง ไม่มีความรู้สึกเกิดขึ้น

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล และคะแนนจากแบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory (CBI) (จำนวน 66 ราย)

| ปัจจัย | ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (beta-coefficient) | p-value |
|---|--|---------|
| ปัจจัยด้านผู้ป่วย | | |
| อายุ | 0.108 | 0.39 |
| ระยะเวลาดำเนินโรค | 0.050 | 0.70 |
| คะแนน TMSE เมื่อวินิจฉัย | -0.237 | 0.06 |
| คะแนน TMSE ปัจจุบัน | -0.282 | 0.03 |
| สมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease | 0.105 | 0.41 |
| ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | 0.449 | <0.01* |
| ปัจจัยด้านผู้ดูแล | | |
| อายุ | 0.230 | 0.06 |
| เพศหญิง | 0.025 | 0.85 |
| สถานะภาพแต่งงาน | 0.232 | 0.01* |
| เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย* | 0.276 | 0.03* |
| การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี | 0.311 | 0.01* |
| รายได้ไม่เพียงพอ | 0.216 | 0.08 |
| มีโรคประจำตัว | 0.166 | 0.22 |

TMSE: Thai-Mini-Mental-State-Examinations, * จำนวน 12 รายเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานจำนวน 48 ราย

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย¹¹ และเกาหลีใต้¹² ซึ่งมีลักษณะทางประเพณีที่คล้ายคลึงกับประเทศไทยที่เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลบ้าน ดังนั้นหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงตกเป็นของเพศหญิงมากกว่าชาย

จากผลการตอบแบบสอบถาม CBI พบว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อเวลาต่อผู้ดูแลมากที่สุดรองลงมาได้แก่ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ส่วนผลกระทบต่อพัฒนาการ สังคม และอารมณ์ มีผลกระทบน้อยมากหรือไม่พบในบางข้อ

ของแบบสอบถาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวีระศักดิ์ เมืองไพศาล และคณะ¹¹ ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชาวไทยจำนวน 84 ราย ทั้งนี้เนื่องจากในสังคมไทยถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักปฏิบัติอันดี เป็นการแสดงความกตัญญูด้วยแนวคิดเช่นนี้ทำให้ผลกระทบทางด้านอารมณ์ด้านพัฒนาการ และด้านสังคมมีน้อยมาก แต่ในทางกลับกันผู้ดูแลบางรายอาจจะมีผลกระทบในด้านเหล่านี้แต่ไม่กล้าแสดงออกหรือเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากกลัวถูกสังคมตำหนิ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลควรแนะนำให้ผู้ดูแล

จัดเวลาพักผ่อนให้ตนเอง หากบุคคลอื่นมารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้ง หากผู้ที่สามารถพูดคุยระบายความเครียดและความรู้สึก รวมถึงกล้าที่จะบอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหากมีปัญหาที่ยากที่แก้ไขด้วยตนเองไม่ได้ เพื่อลดการสะสมความเครียดในผู้ดูแล

จากการศึกษาในอดีตพบว่าระดับเซาว์ปัญญาที่เสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ¹³ แต่ในการศึกษานี้พบว่าระดับเซาว์ปัญญาในปัจจุบันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อผู้ดูแล ขณะที่ระดับเซาว์ปัญญาเมื่อแรกวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมซึ่งต่ำกว่าระดับเซาว์ปัญญาขณะปัจจุบันกลับไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลนั้นขึ้นกับหลายปัจจัยทั้งด้านระดับเซาว์ปัญญา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{6,13-15} ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย^{6, 15} แต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะมาด้วยปัญหาทางด้านระดับเซาว์ปัญญาที่ลดลง หรือในบางรายญาติยังไม่พบความผิดปกติแต่เป็นการรับปรึกษาจากแพทย์สาขาอื่นที่สังเกตพบในขณะที่รักษาผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าผลกระทบยังมีไม่มาก ส่งผลให้ระดับเซาว์ปัญญาเมื่อแรกวินิจฉัยแม้จะต่ำกว่าระดับเซาว์ปัญญาขณะปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อผู้ดูแล

ในการศึกษานี้พบว่าคะแนน TMSE เมื่อแรกวินิจฉัยมีค่าต่ำกว่าขณะที่ทำการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อได้รับการรักษาในคลินิกภาวะสมองเสื่อมมีการจัดการในด้านการพัฒนาเซาว์ปัญญา ควบคุมด้านพฤติกรรมและอารมณ์และมีการให้ยา cholinesterase inhibitor แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ มีความตั้งใจที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คะแนน TMSE เพิ่มขึ้น

ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับ

ปริญญาตรีซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim และคณะ¹² ที่พบว่าระดับการศึกษามีผลกับผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจการดำเนินโรค เข้าใจคำอธิบายจากแพทย์ และนำไปปฏิบัติได้ดีกว่า

จากการศึกษาในอดีตพบว่าผลกระทบในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่บุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญ^{16,17} ซึ่งในการศึกษานี้ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสนั้นมีอายุมาก มีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมลง บางรายขาดการสนับสนุนจากบุตรหลานและต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยตลอดวัน ไม่มีเวลาได้พักผ่อนเพื่อคลายความเครียดต่างจากกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานซึ่งมีกิจกรรมนอกบ้านเช่น ดูภาพยนตร์ เดินห้างสรรพสินค้า หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ลดความเครียดได้มากกว่า นอกจากนั้นในการศึกษานี้ยังพบว่าไม่มีผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสรายใดที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย) ด้วยเหตุผลทั้งหมดนี้ส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน ดังนั้นในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสแพทย์ผู้ดูแลควรให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างละเอียด พูดซ้ำและชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายรวมถึงทำความเข้าใจกับญาติถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลในกลุ่มนี้

สำหรับผลกระทบต่อผู้ดูแลกลุ่มอื่นนอกเหนือจากกลุ่มคู่สมรสและกลุ่มบุตรหลานนั้นผู้วิจัยไม่ได้นำมาวิเคราะห์เนื่องจากมีความแตกต่างกันมาก เช่น เป็นลูกศิษย์ (ในกรณีของพระภิกษุ) เป็นลูกจ้าง ฯลฯ ซึ่งไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างกันได้อย่างชัดเจน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาในคลินิก ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่มีโอกาส มีความพร้อมและเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหากทำการศึกษาลักษณะเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลในประชากรทั่วไปผลการศึกษาอาจจะแตกต่างกัน นอกจากนี้ในการศึกษานี้ไม่ได้นำปัจจัยด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งในหลายการศึกษาบ่งชี้ว่ามีผลกระทบต่อผู้ดูแล^{6,15} เข้าร่วมพิจารณาด้วยซึ่งประเด็นนี้ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำการศึกษาต่อไป

สรุป

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยผลกระทบด้านเวลา มีผลต่อผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแล ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเชาวิปัญญาต่ำ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Chunharas S. Situation of the Thai elderly 2008. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 1st ed. Bangkok: TQP Limited; 2009.
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Population Ageing. Available from: URL: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrth/Research%20Group%206/Research%20Group%206-2.html>. (cited Aug 20, 2012).
3. Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai 2001; 84: 461-7.

4. Rozzini L, Cornali C, Chilovi BV, Ghianda D, Padovani A, Trabucchi M. Predictors of institutionalization in demented patients discharged from a rehabilitation unit. J Am Med Dir Assoc 2006; 7: 345-9.
5. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. J Am Acad Nurse Pract 2008; 20: 423-8.
6. Molyneux GJ, McCarthy GM, McEniff S, Cryan M, Conroy RM. Prevalence and predictors of carer burden and depression in careers of patients referred to an old age psychiatric service. Int Psychogeriatr 2008; 20: 1193-202.
7. Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revised. (DSM-IV-TR) 4th edition. Washington (DC): American psychiatric Press; 2000.
8. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). Siriraj Hosp Gaz 1993; 45: 359-74.
9. Novak M, Guest C. Application of a multi-dimensional caregiver burden inventory. Gerontologist 1989; 29: 798-803.
10. Marvadin M, Mattioli P, Spazzafumo L, Mastiforti R, Rinaldi P, Polidori MC, et al. The Caregiver Burden Inventory in evaluation the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study. Aging Clin Exp Res 2005; 17: 46-53.

11. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 601-7.
12. Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kim SY, Kang IO, Lee SY. Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. *Gerontology* 2009; 55: 106-13.
13. Lim YM, Son GR, Song JA, Beattie E. Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 22: 226-34.
14. Razani J, Kakos B, Orieta-Barbalace C, Wong JT, Casas R, Lu P, et al. Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1415-20.
15. Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H. Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatr Nurs* 2010; 31: 246-53.
16. Schölzel-Dorenbos CJ, Draskovic I, Vernooij-Dassen MJ, Olde Rikkert MG. Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009; 23: 171-7.
17. de Vugt ME, Riedijk SR, Aalten P, Tibben A, van Swieten JC, Verhey FR. Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 22: 35-41.