



การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการโรงพยาบาลขอนแก่น

(Received: June 22,2023 ; Revised: June 24,2023 ; Accepted: June 27,2023)

วลี รัตนวัตร¹

Walee Rattanawat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตผู้ดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย คะแนน TMSE ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2565 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude OR และ Stepwise logistic regression นำเสนอค่า Adjust OR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 246 ราย มีสุขภาพจิตดีจำนวน 185 ราย (ร้อยละ 75.02) และสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 24.98) เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.14 เท่าของเพศหญิง (95%CI : 1.10-4.18, p=0.025) และผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าจากการทดสอบ 2Q มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.27 เท่าของผู้ดูแลที่ไม่มีความเสี่ยง (95%CI : 1.22-4.21, p=0.010)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม, ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม, สุขภาพจิต, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

This study was a cross-sectional analytical study aimed to study caregiver mental health and factors related to mental health of caregivers of patients with dementia in Khon Kaen Hospital. By collecting data from a questionnaire created by the researcher consisting of general information of the patient. Assessment form for ability to perform daily activities Patient's Psychotic Assessment Scale, TMSE Score, Caregiver's General Information and a mental health index questionnaire of caregivers from August to December 2022. The relationship was analyzed by using Simple logistic regression presenting Crude OR and Stepwise logistic regression presenting Adjust OR. The level of statistical significance was set at 0.05.

Results: Of 246 caregivers of patients with dementia, 185 patients had good mental health (75.02%) and 61 patients with poor mental health (24.98%). Mental health of caregivers of patients with dementia found that male caregivers Mental health was 2.14 times that of females (95% CI: 1.10-4.18, p=0.025), and caregivers at risk of depression from the 2Q test were 2.27 times that of caregivers of poor mental health. at no risk (95%CI : 1.22-4.21, p=0.010)

¹ นายแพทย์ชำนาญการ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชาวน (cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้มิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการประกอบชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุหลักของความทุพพลภาพและพึ่งพาอาศัยของผู้สูงอายุทั่วโลก นับได้ว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงผู้ดูแลครอบครัว และสังคมด้วย^(1,2)

สถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบได้ประมาณร้อยละ 6-8 ของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 617,000 คน ซึ่งคาดว่าจะในปี พ.ศ.2580 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,350,000 คน⁽³⁾ ซึ่งหากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากขึ้น เช่นกัน จากข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 (ถึง มีนาคม) มีจำนวน 385, 307, 243 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับรักษาเป็นจำนวนค่อนข้างมาก

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological tests) นอกจากนี้ยังมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมถึงการตรวจภาพสมองทางรังสีวิทยาหากมีความจำเป็น⁽¹⁾ โดยการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ลดลงจากเดิมชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน ดังนี้ 1.มีความยากลำบากในการใส่ใจรับรู้ข้อมูล ถูกดึงความสนใจได้ง่าย หรือไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ 2 มีลักษณะความคิดในด้านการตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป 3.

ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง 4.มีความลำบากในการพูดสื่อสารหรือเข้าใจภาษา ความสามารถในการทำหัตถการต่างๆที่คุ้นเคยมาก่อนบกพร่อง ทั้งๆ ที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขาปกติ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบริบทสิ่งแวดล้อม ไม่คำนึงถึงความรู้สึกผู้อื่น⁽⁴⁾ มีอาการที่เป็นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน วินิจฉัยจากการตรวจคัดกรองระดับปริชาวน เช่น mini-mental status examination(MMSE) หรือ Thai mini-mental status examination(TMSE) ซึ่งการตรวจทางจิตประสาทวิทยาเหล่านี้เป็นการตรวจเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรง ติดตามโรคหรือผลการรักษา⁽¹⁾

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับการดูแลในประเด็นอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การดูแลโรคร่วมต่างๆ, การดูแลกิจวัตรประจำวัน, การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย, การประเมินผู้ดูแลผู้ป่วย และการดูแลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁾ ดังนั้นจึงจะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือจากภาวะสูงอายุ จนเกิดภาวะพร่องความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้โดยปราศจากการช่วยเหลือดูแล มีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า การดูแลส่งผลกระทบต่อด้านลบและด้านบวกต่อผู้ดูแล ซึ่งผลกระทบทางด้านลบ (negative aspect) ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบด้านสังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ^(5,6) และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นเนื่องจากมีปัญหาหลายอย่างที่เพิ่มขึ้นทั้งตัวผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง และทั้งยังมีการศึกษาพบปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลปกติ⁽⁷⁾ ซึ่งความเครียดก็เป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง มีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความเครียดกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม



โดย Pearlin และคณะได้สร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัย โดยมีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภูมิหลังและบริบทของผู้ดูแล ด้านสถานการณ์ความเครียด เช่น ความรุนแรงของอาการภาวะสมองเสื่อม ความถี่ในการดูแล ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ด้านการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ด้านผลลัพธ์ในการดูแล รวมถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบปัจจัยทำนายและป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ลักษณะของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย มุมมองและประสบการณ์ในบทบาทผู้ดูแล และวิธีการจัดการปัญหา⁽⁹⁾

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (เพศ รายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย) และปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท) และผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตของ Caregiver ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูล

ทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย คะแนน TMSE ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึงเดือน มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช และคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือน สิงหาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตาม ICD 10 (F00-F03,G30) ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มเดียว⁽¹⁰⁾

$$\text{ใช้สูตร } n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2} \text{ เมื่อกำหนดให้}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z^2 = ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น กำหนดไว้ร้อยละ 95 (เท่ากับ 1.96)

p = ค่าสัดส่วน (ร้อยละ 79.9 = 0.79)⁽¹¹⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (กำหนดไว้ร้อยละ 5 = 0.05)

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 246 คน จากนั้นนำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบ Consecutive sampling ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD 10(F00-F03) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชและคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น
2. มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา

1. ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
2. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้
3. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. เป็นผู้มีโรคประจำตัวด้านจิตเวชก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจำนวน 1 ชุด โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลและข้อมูลของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

- ข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การอยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแล โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า

- ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย คะแนน TMSE

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัดขึ้นบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index : MBI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ⁽¹²⁾ ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาขึ้นโดย Jitapunkul, Kamolratanak, and Ebrahim⁽¹³⁾ เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย โดยได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79 โดยได้แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้สูงอายุได้ และแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินมาตรฐานผู้สูงอายุที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย มีคะแนนรวม 20 คะแนน โดยแบ่งระดับความพึ่งพา⁽¹³⁾ ดังนี้

12-20 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

5-11 คะแนน หมายถึง ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Inventory Questionnaires : NPI-Q) เป็นแบบสอบถามใช้ประเมินระดับความรุนแรงทางพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผลกระทบต่อผู้ดูแล พัฒนามาจากแบบสอบถาม Neuropsychiatric Inventory (NPI) เพื่อความสะดวกและกระชับในการนำไปใช้ทางคลินิก ได้มีการนำไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ 60 คน พบว่ามีค่า false positive 5% และพบความแตกต่างน้อยกว่า 2% ในผู้ป่วย ระดับปานกลางและรุนแรง จึงสามารถนำเอา NPI-Q มาใช้แทน NPI ได้อย่างเหมาะสม โดย แพทย์หญิง โสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์และคณะ ได้พัฒนาแบบสอบถาม NPI-Q ให้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ง่ายและรวดเร็ว⁽¹⁴⁾ และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ฌรัจรรยา เนิร์สซิงโฮม สาขา เมืองทองธานี กรุงเทพมหานคร⁽¹⁵⁾ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยง 0.81 ซึ่งแบบประเมินที่มีความกระชับและสะดวกที่จะนำไปใช้ในทางคลินิก ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทย้อนหลังภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 12 ข้อ เช่น ความคิดหลงผิด, ประสาทหลอน, กระสับกระส่าย ก้าวร้าว, ซึมเศร้า, วิตกกังวล, เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว, อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ, ไม่ยับยั้งชั่งใจ, หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย, ปัญหาการนอน,



พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ และความอยากอาหารที่ผิดปกติ 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 คะแนน⁽¹⁶⁾

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 และมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.66 เมื่อเทียบกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์(TMHI-66)⁽¹⁷⁾ ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถประเมินได้ทั้งด้านความสุขซึ่งในความหมายของภาวะสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสนใจก็รวมทั้งทางด้านบวก(ความสุข)ร่วมด้วยและเป็นเครื่องมือที่เข้าใจง่ายและใช้กับประชาชนทั่วไปได้

แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตจัดเป็นกลุ่มตามองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่

- สภาพจิตใจ (mental state)
- สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity)
- คุณภาพของจิตใจ (mental quality)
- ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors)

แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมี 4 คำตอบ การแปลผล

51-60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good)

44-50 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงผลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude OR และ Stepwise logistic regression นำเสนอค่า Adjust OR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEF65015

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช จำนวน 246 ราย มีอายุเฉลี่ย 75.50 ± 8.44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 51.22) มีคะแนน TMSE เฉลี่ย 15.24 ± 6.54 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล อยู่ในระดับที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 172 (ร้อยละ 69.92) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 42 (ร้อยละ 17.07) และพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 13.01) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็น 2.64 เท่าของกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (95%CI = 1.30-5.38, $p=0.007$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n = 246)	ค่าเฉลี่ย \pm SD/จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตไม่ดี		
		(n = 185)	(n = 61)		
อายุผู้ป่วย (ปี)	75.50 \pm 8.44	75.09 \pm 8.70	76.75 \pm 7.52	1.02(0.99-1.06)	0.182
เพศผู้ป่วย					
-หญิง	120(48.78)	91(49.19)	29(47.54)	1	
-ชาย	126(51.22)	94(50.81)	32(52.46)	1.06(0.59-1.91)	0.823
คะแนน TMSE	15.24 \pm 6.54	15.50 \pm 6.39	14.44 \pm 6.98	0.97(0.93-1.02)	0.270
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย					
-พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้	172(69.92)	134(72.43)	38(62.30)	1	
-ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือ ตนเองได้บ้าง	42(17.07)	24(12.97)	18(29.51)	2.64(1.30-5.38)	0.007*
-พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ	32(13.01)	27(14.59)	5(8.20)	0.65(0.24-1.81)	0.413

อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จะมีอาการหงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนง่าย จำนวน 136 ราย (ร้อยละ 55.28) รองลงมาคือ มีปัญหาการนอน ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน จำนวน 118 ราย (ร้อยละ 47.97) และวิตกกังวล จำนวน 107 (ร้อยละ 43.50) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า อาการที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการประสาทหลอน (OR=3.41, 95%CI=1.86-

6.26, p<0.001), อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว (OR=2.05, 95%CI=1.14-3.69, p = 0.017), ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, p = 0.031), เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, p = 0.031), ไม่ยับยั้งชั่งใจ (OR=3.74, 95%CI=2.04-6.83, p<0.001), พฤติกรรมแปลก ๆ ซ้ำ ๆ (OR=1.85, 95%CI=1.03-3.32, p = 0.039) และความอยากอาหาร และการกินที่ผิดปกติ (OR=2.21, 95%CI=1.22-3.98, p = 0.009) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และขนาดความสัมพันธ์ของอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	รวม (n = 246)	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตไม่ดี		
		(n = 185)	(n = 61)		
1.ความคิดหลงผิด	97(39.43)	71(38.38)	26(42.62)	1.19(0.66-2.15)	0.557
2.ประสาทหลอน	74(30.08)	43(23.24)	31(50.82)	3.41(1.86-6.26)	<0.001*

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และขนาดความสัมพันธ์ของอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกับ
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	รวม (n = 246)	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี (n = 185)	สุขภาพจิตไม่ดี (n = 61)		
3.กระสับกระส่าย ก้าวร้าว	93(37.80)	62(33.51)	31(50.82)	2.05(1.14-3.69)	0.017*
4.ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ	96(39.02)	65(35.14)	31(50.82)	1.91(1.06-3.43)	0.031*
5.วิตกกังวล	107(43.50)	74(40.00)	33(54.10)	1.77(0.99-3.17)	0.056
6.อารมณ์ร้ายเกินเหตุ ครีมีใจ	62(25.20)	43(23.24)	19(31.15)	1.49(0.79-2.83)	0.219
7.เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์	96(39.02)	65(35.14)	31(50.82)	1.91(1.06-3.43)	0.031*
8.ไม่ยับยั้งชั่งใจ	84(34.15)	49(26.49)	35(57.38)	3.74(2.04-6.83)	<0.001*
9.หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนง่าย	136(55.28)	102(55.14)	34(55.74)	1.02(0.57-1.83)	0.935
10.พฤติกรรมแปลกๆ	105(42.68)	72(38.92)	33(54.10)	1.85(1.03-3.32)	0.039*
11.ปัญหาการนอน ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน	118(47.97)	87(47.03)	31(50.82)	1.16(0.65-2.08)	0.607
12.ความอยากอาหาร และการกินที่ผิดปกติ	90(36.59)	59(31.89)	31(50.82)	2.21(1.22-3.98)	0.009*

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช จำนวน 246 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี จำนวน 185 ราย และสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 61 ราย อายุเฉลี่ย 48.75 ± 11.35 ปี และ 47.39 ± 10.41 ปี ตามลำดับ เป็นเพศชาย จำนวน 91 ราย (ร้อยละ 49.19) และ จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 67.21) ตามลำดับ สถานภาพสมรส จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 55.68) และ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 54.10) ตามลำดับ จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 42.16) และ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 31.15) ตามลำดับ อยู่ระหว่างประกอบอาชีพ จำนวน 152 ราย (ร้อยละ 82.16) และ จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 90.16) ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 15,000 บาท จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 25.41) และ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 24.59) ตามลำดับ รายได้เพียงพอ จำนวน 133 ราย (ร้อยละ 71.89) และ จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 60.66) ตามลำดับ เป็นบุตรของผู้ป่วย จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 58.38) และ จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 65.57) ตามลำดับ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 55.68) และ จำนวน 33 ราย

(ร้อยละ 54.10) ตามลำดับ อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย จำนวน 161 ราย (ร้อยละ 87.03) และ จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 88.52) ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 3 ปี สูงสุด 20 ปี ต่ำสุด 0.5 ปี เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีโรคประจำตัว จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 41.62) และ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 54.10) ตามลำดับ มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าตาม 2Q จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 27.57) และ จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 50.82) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร พบว่า ผู้ดูแลเพศชายมีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.11 เท่าของเพศหญิง (95%CI=1.15-3.88, p = 0.015) ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.54 เท่าของผู้ที่มีสัมพันธภาพในระดับดีมาก (95%CI=1.06-6.12, p = 0.037) และ ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ามีสุขภาพจิตไม่ดีเป็น 2.71 เท่าของผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง (95%CI=1.50-4.93, p = 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n = 246)	ค่าเฉลี่ย \pm SD/จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี (n = 185)	สุขภาพจิตไม่ดี (n = 61)		
อายุ (ปี)	48.41 \pm 11.12	48.75 \pm 11.35	47.39 \pm 10.41	0.99(0.96-1.02)	0.408
เพศ					
-หญิง	114(46.34)	94(50.81)	20(32.79)	1	
-ชาย	132(53.66)	91(49.19)	41(67.21)	2.11(1.15-3.88)	0.015*
สถานภาพ					
-โสด	83(33.74)	63(34.05)	20(32.79)	1	
-สมรส	136(55.28)	103(55.68)	33(54.10)	1.01(0.53-1.91)	0.977
-แยกกันอยู่/หย่า	24(9.76)	17(9.19)	7(11.48)	1.30(0.47-3.57)	0.615
-หม้าย	3(1.22)	2(1.08)	1(1.64)	1.58(0.14-18.30)	0.717
ระดับการศึกษา					
-ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	60(24.39)	40(21.62)	20(32.79)	1	
-มัธยมศึกษา/ปวช.	60(24.39)	43(23.24)	17(27.87)	0.79(0.36-1.72)	0.553
-อนุปริญญา/ปวส.	29(11.79)	24(12.97)	5(8.20)	0.42(0.14-1.26)	0.120
-ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	97(39.43)	78(42.16)	19(31.15)	0.49(0.23-1.02)	0.055
อาชีพ					
-ประกอบอาชีพ	207(84.15)	152(82.16)	55(90.16)	1	
-กำลังศึกษา	2(0.81)	2(1.08)	0	n/a	n/a
-ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31(12.60)	25(13.51)	6(9.84)	0.66(0.26-1.70)	0.393
-เกษียณอายุ	6(2.44)	6(3.24)	0	n/a	n/a
รายได้ (ต่อเดือน)					
มากกว่า 30,000 บาท	24(9.76)	20(10.81)	4(6.56)	1	
15,001-30,000 บาท	45(18.29)	37(20.00)	8(13.11)	1.08(0.29-4.04)	0.908
10,000-15,000 บาท	62(25.20)	47(25.41)	15(24.59)	1.60(0.47-5.41)	0.453
ต่ำกว่า 10,000 บาท	58(23.58)	43(23.24)	15(24.59)	1.74(0.51-5.93)	0.373
ไม่มีรายได้	57(23.17)	38(20.54)	19(31.15)	2.50(0.75-8.35)	0.137
ความเพียงพอของรายได้					
-เพียงพอ	170(69.11)	133(71.89)	37(60.66)	1	
-ไม่เพียงพอ	76(30.89)	52(28.11)	24(39.34)	1.66(0.91-3.04)	0.101
ศาสนา					
-พุทธ	238(96.75)	180(97.30)	58(95.08)	1	
-คริสต์	4(1.63)	3(1.62)	1(1.64)	1.03(0.11-10.14)	0.977
-อิสลาม	4(1.63)	2(1.08)	2(3.28)	3.10(0.43-22.53)	0.263

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช รายตัวแปร

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n = 246)	ค่าเฉลี่ย \pm SD/จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p-value
		สุขภาพจิตดี (n = 185)	สุขภาพจิตไม่ดี (n = 61)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม					
-สามี/ภรรยา	42(17.07)	32(17.30)	10(16.39)	1	
-บุตร	148(60.16)	108(58.38)	40(65.57)	1.19(0.53-2.63)	0.676
-ญาติ	41(16.67)	34(18.38)	7(11.48)	0.66(0.22-1.94)	0.449
-ผู้ดูแลได้รับการว่าจ้าง	8(3.25)	6(3.24)	2(3.28)	1.07(0.18-6.14)	0.942
-อื่นๆ	7(2.85)	5(2.70)	2(3.28)	1.28(0.21-7.64)	0.787
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย					
-ดีมาก	127(51.63)	100(54.05)	27(44.26)	1	
-ดี	92(37.40)	69(37.30)	23(37.70)	1.23(0.65-2.33)	0.516
-ปานกลาง	27(10.98)	16(8.65)	11(18.03)	2.54(1.06-6.12)	0.037*
อาศัยอยู่กับผู้ป่วย					
-ไม่ใช่	31(12.60)	24(12.97)	7(11.48)	1	
-ใช่	215(87.40)	161(87.03)	54(88.52)	1.15(0.47-2.82)	0.760
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย(ปี)	4.11 \pm 3.19 มัธยฐาน = 3 Max = 20 Min = 0.5	4.02 \pm 2.98 มัธยฐาน = 3 Max = 20 Min = 0.5	4.36 \pm 3.77 มัธยฐาน = 3 Max = 20 Min = 0.5	1.03(0.95-1.13)	0.472
โรคประจำตัว					
-ไม่มี	136(55.28)	108(58.38)	28(45.90)	1	
-มี	110(44.72)	77(41.62)	33(54.10)	1.65(0.92-2.96)	0.091
มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q)	82(33.33)	51(27.57)	31(50.82)	2.71(1.50-4.93)	0.001*

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การอยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแล โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า ข้อมูลของผู้ป่วย และคะแนน TMSE ได้คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าโมเดลแบบขั้นตอน โดยใช้สถิติ Stepwise logistic regression พบตัวแปรที่เข้าโมเดล 7 ตัวแปร ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย สถานภาพผู้ดูแลที่เป็นหม้าย สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน TMSE ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้เลย และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Adjusted OR = 2.14, 95%CI=1.10-4.18, p = 0.025) และผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (Adjusted OR = 2.27, 95%CI=1.22-4.21, p = 0.010)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศของผู้ดูแล (ชาย)	2.14(1.10-4.18)	0.025*
สถานภาพ (หม้าย)	4.81(0.34-68.20)	0.246
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย (ปานกลาง)	2.02(0.81-5.03)	0.130
คะแนน TMSE	0.95(0.90-1.00)	0.101
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย		
-ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	2.20(0.99-4.89)	0.053
-พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ	0.31(0.09-1.07)	0.063
มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q)	2.27(1.22-4.21)	0.010*

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังหรือลูกกลมที่เกิดจากโรคทางสมองต่างๆ และมีลักษณะเฉพาะคือความจำ ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (ADL) ลดลง⁽¹⁸⁾ ดังนั้น ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีมาก นอกจากนี้ ภาระการดูแลที่หนักอึ้งในบางครั้งยังนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ดูแลเหล่านี้⁽¹⁹⁾ ซึ่งจากผลการศึกษารายนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 246 ราย มีสุขภาพจิตดีจำนวน 185 ราย (ร้อยละ 75.02) และสุขภาพจิตไม่ดีจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 24.98) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของดุขณิ ตรีสกุลช่าง พบว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงร้อยละ 30.6⁽²⁰⁾

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยสามารถส่งผลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษารายนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็น 2.64 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (95%CI = 1.30-5.38, p=0.007) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของดุขณิ ตรีสกุลช่าง⁽²⁰⁾ พบว่าการพึ่งพาตนเองได้บางส่วนส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 64.3 เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พึ่งพิงตัวเองได้บางส่วนนั้นมักจะอยู่ในระดับความ

รุนแรงของโรคสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งกลุ่มนี้จะพบว่ามีอาการทางจิตประสาทโดยเฉพาะอาการประสาทหลอน⁽²¹⁾ จะยิ่งทำให้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เกินความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น จะแตกต่างจากผู้ป่วยที่สามารถพึ่งพิงตนเองเนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมมักจะอยู่ในระดับเล็กน้อยกลุ่มนี้จะไม่ค่อยมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วยหรือถ้ามีก็เล็กน้อย รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่ตนเองเป็น การให้ความร่วมมือญาติในการดูแลจะค่อนข้างน้อย เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า อาการที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการประสาทหลอน (OR=3.41, 95%CI=1.86-6.26, p<0.001), อาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว (OR=2.05, 95%CI=1.14-3.69, p = 0.017), ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, p = 0.031), เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ไร้อารมณ์ (OR=1.91, 95%CI=1.06-3.43, p = 0.031), ไม่ยับยั้งชั่งใจ (OR=3.74, 95%CI=2.04-6.83, p<0.001), พฤติกรรมแปลก ๆ ซ้ำ ๆ (OR=1.85, 95%CI=1.03-3.32, p = 0.039) และความอยากอาหาร และการกินที่ผิดปกติ (OR=2.21, 95%CI=1.22-3.98, p = 0.009) ซึ่งสอดคล้องกับ Bokyoung Kim และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าหลายอาการในกลุ่ม BPSD ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านสุขภาพจิตได้

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Adjusted OR = 2.14, 95%CI=1.10-4.18, p = 0.025) มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีมากกว่าเพศหญิง แต่ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลเพศชายอาจกังวลที่จะเปิดเผยความรู้สึกเป็นภาระหรือความทุกข์ใจเนื่องจากมุมมองดั้งเดิมเกี่ยวกับความเป็นชายที่จะเน้นการพึ่งพาตนเองและความอดทนอดกลั้นสูงกว่าเพศหญิง⁽²³⁾ แตกต่างจากการศึกษาของ J L Yee (2000) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหญิงรายงานว่ามีอาการซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทางคลินิกเมื่อเทียบกับผู้ดูแลชาย⁽²⁴⁾ เนื่อง ซึ่งผู้หญิงมีเซลล์ T helper มากกว่าและเซลล์ NK น้อยกว่าผู้ชาย ผู้ชายมีอาการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาน้อยกว่า⁽²⁵⁾ และนอกจากนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบในเพศหญิงค่อนข้างมากกว่าเพศชายทำให้คู่สมรสที่เป็นเพศชายต้องมารับภาระดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นมีแนวโน้มที่จะพบเพศชายมีภาวะความเครียดได้มากขึ้นเช่นกัน

ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (Adjusted OR = 2.27, 95%CI=1.22-4.21, p = 0.010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมานพบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ใน 3 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽²⁶⁾ การศึกษาก่อนหน้านี้บางชิ้นยังรายงานถึงอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในระดับสูงอีกด้วย โดยอยู่ที่ประมาณ 30%–83%⁽²⁷⁾ ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจและร่างกายได้หลายอย่าง และเพิ่มความเครียดต่อการฆ่าตัวตายของผู้ดูแล ส่งผลต่อสุขภาพกายและลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽²⁸⁾ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลยังสามารถส่งผลกระทบต่อสถานะการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้⁽²⁹⁾

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
2. WHO 2021. Dementia. [Online]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/dementia> [Accessed 2 September 2021].

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือเป็นการศึกษาภาคตัดขวางทำให้ผลลัพธ์ของสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นเพียงเหตุการณ์ ณ ตอนนั้น อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาระยะยาวติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ประการที่สองข้อจำกัดเรื่องผู้ดูแลอาจมีประสบการณ์แตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วย ดังนั้นจึงแนะนำให้จำแนกผู้ดูแลตามประเภทและหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งต่อไป ประการที่สามการศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นสุขภาพจิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ก็ไม่ได้เปิดเผยถึงความเสี่ยงที่เป็นไปได้ของการลดลงของความรู้ความที่เกิดจากสุขภาพจิตที่ไม่ดี ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเน้นความสามารถในการรับรู้ของผู้ดูแล

สรุป

พบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 24.98 ผู้ดูแลที่เป็นเพศชายและมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตไม่ดี อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพศึกษาปรับให้เหมาะกับประเภทการดูแลเฉพาะเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ จิตแพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. (2563). แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563, หน้า 35-36. สืบค้นจาก
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association, 591-627.
5. Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-55. <http://doi: 10.1093/geront/20.6.649>
6. ชาลินี สุวรรณยศ, และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 1-17.
7. El Razek, Y.A., Sabry, W., Hendawy, H. et al. (2019). Prevalence and correlates of psychiatric morbidity in Egyptian sample of dementia patients' caregivers: a comparative descriptive study. *Middle East Curr Psychiatry*, 26(6). <https://doi.org/10.1186/s43045-019-0006-7>.
8. Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-94. <http://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
9. Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
10. Daniel WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 7th edn. New York: John Wiley & Sons. 1999
11. Bruce, D. G., Paley, G. A., Nichols, P., Roberts, D., Underwood, P. J., & Schaper, F. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60A(3), 345–9
12. Collin, C., Wade, D. T., Davis, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL index a reliability study. *International Disability Studies*, 10, 61-63
13. Jitapunkul, S. (1994). Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. *J Med Assoc Thai*. 77. 231-238
14. วรวิทย์ ร่มไทร. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [ปริญญาโทบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
15. Suthisri T., Artittaya S.. (2564). The Effect of Cognitive Program by Using Music Therapy with Multisensory Stimulation on Cognitive Abilities, Behavioral, and Psychological Symptoms in. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 221-234.
16. Cummings, J. L. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997; 48(5 Suppl 6): S10-16.
17. Mongkol, A., Vongpiromsan, Y., Tangseree, T., Huttapanom, W., Romsai, P., & Chutha, W. (2013). The Development and Testing of Thai Mental Health
18. Dementia: a public health priority [Internet]. [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/dementia-a-public-health-priority>
19. O'Dwyer ST, Moyle W, Zimmer-Gembeck M, De Leo D. Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):222–30.
20. ดุชนิ ตระกูลช่าง. สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลหัวหิน. *Hua Hin Med J*. 2022;2(3):27–38.
21. Pinyopompanish K, Soontornpun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopompanish K, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. *Sci Rep*. 2022 Aug 19;12(1):14138.
22. Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatr*. 2021 Mar 5;21(1):160.



23. Baker KL, Robertson N, Connelly D. Men caring for wives or partners with dementia: masculinity, strain and gain. *Aging Ment Health*. 2010 Apr;14(3):319–27.
24. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*. 2000 Apr;40(2):147–64.
25. Thompson R (Trey) L, Lewis SL, Murphy MR, Hale JM, Blackwell PH, Acton GJ, et al. Are there Sex Differences in Emotional and Biological Responses in Spousal Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease? *Biol Res Nurs*. 2004 Apr 1;5(4):319–30.
26. Ying J, Yap P, Gandhi M, Liew TM. Validity and Utility of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Detecting Depression in Family Caregivers of Persons with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;47(4–6):323–34.
27. Huang SS, Lee MC, Liao YC, Wang WF, Lai TJ. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):55–9.
28. Montgomery W, Goren A, Kahle-Wroblewski K, Nakamura T, Ueda K. Alzheimer’s disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. *BMC Geriatr*. 2018 Jun 14;18(1):141.
29. Norton MC, Clark C, Fauth EB, Piercy KW, Pfister R, Green RC, et al. Caregiver personality predicts rate of cognitive decline in a community sample of persons with Alzheimer’s disease. The Cache County Dementia Progression Study. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1629–37.