

Original article

Prevalence of depression in caregivers of dementia patients at Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Danuwat Sasipinyo¹Puntarik Srisawat² Somruk Suntibenjakul^{2,*}

Abstract

Background: Significant evidences show that prevalence of depression in caregivers of dementia patients are about 15 percent. Caregivers' factors related to depression are education, income, adequacy of income and the quality of sleep. However, the prevalence of depression in caregivers of dementia patients at the Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital has not been studied.

Objectives: To examine prevalence of depression, burden and associated factors of depression in caregivers of dementia patients at the Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: Data were collected from 82 in caregivers of dementia patients at the Dementia Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Self-report included: 1) Demographic data 2) Beck Depression Inventory (BDI-II); 3) Zarit Burden Interview; 4) The Pittsburgh Sleep Quality Index. Univariate analysis (e.g. Chi-Square) was used to examine associated factors with depression in caregivers of dementia patients.

Results: The result were revealed that 13.9 percent of the caregivers had depression. Univariate analysis revealed 6 significantly associated factors, i.e., level of education, adequacy of income, health problems, burden of caregivers of patients with dementia, the quality of sleep and income.

Conclusion: The prevalence of depression in caregivers of dementia patients is comparable with other studies. Knowing the risk factors will help medical personnel to identify high-risk women and provide appropriate assistance.

Keywords: Depression, caregiver, dementia.

*Correspondence to: Somruk Suntibenjakul, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: June 6, 2017

Revised: August 15, 2017

Accepted: October 10, 2017

¹Master of Science, Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ธนวิศ ศศิริกัญญา¹ปฎนทริก ศรีสวาท² สมรักษ์ สันติเบญจกุล²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ ร้อยละ 15 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ คุณภาพการนอนหลับ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังไม่มีการศึกษา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีทำการวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจากจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 82 ราย โดยการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) 3) แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview 4) แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index ใช้ Univariate analysis (ได้แก่ Chi-Square) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษา: พบความชุกของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นร้อยละ 13.9 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มี 6 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย ปัญหาทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย คุณภาพการนอนหลับ และการมีรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วย

สรุป: ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ การทราบปัจจัยเสี่ยงจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, ภาวะสมองเสื่อม.

¹นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันนับเป็นปัญหาที่สำคัญต่อวงการแพทย์ และระบบสาธารณสุขไทยเป็นอย่างมาก อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทั้งนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย (aging society)” มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 ซึ่งหมายถึงการมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยเมื่อปีพ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 10 และ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งประชากรในวัยสูงอายุนี้อาจเป็นวัยที่มีปัญหาต่าง ๆ ทั้งยังเป็นวัยที่พบปัญหาในการดูแลตนเองอีกด้วย⁽¹⁾

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อม ๆ กันแบบค่อยเป็นค่อยไป และเกิดขึ้นอย่างถาวรมักเกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จากการศึกษาของ Ferris CP. และคณะ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประมาณการว่าปีพ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 25 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 63 และ 114 ล้านคนในปีพ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2573 ตามลำดับ⁽²⁾ จากการศึกษาในประชากรสูงอายุไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.4 โดยความชุกตามกลุ่มอายุจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น พบอัตราความชุกร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 3 ในกลุ่มอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 80 - 89 ปี ร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป⁽³⁾ สำหรับในกรุงเทพมหานครพบความชุกร้อยละ 5.0 ในประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนประชากรต่างจังหวัดพบความชุกร้อยละ 10.2⁽⁴⁾ จากงานวิจัยดังกล่าวภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาทที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ล้วนแล้วแต่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจ จากกรณีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น โดยพบว่าอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรมที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น

ได้แก่ อาการหวาด ระวัง หลงผิด การทำสิ่งที่รบกวน ก้าวร้าว การรบกวนในช่วงกลางวัน มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล และหวาดกลัว ซึ่งภาวะของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่น การบกพร่องทางด้านความจำ การเคลื่อนไหวที่ติดขัด และการสูญเสียการรับรู้ เป็นต้น ภาวะที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล อาจทำให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความยากลำบากเนื่องจากภาระในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยได้⁽⁵⁾

จากข้อมูลดังกล่าวมาในข้างต้นนั้นภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งในด้านร่างกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยการประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการคัดกรองปัญหาที่อาจเกิดขึ้นผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และผลกระทบต่อกรรับรู้การดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิธีการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม (dementia) ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกจิตเวชศาสตร์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนในลักษณะของเงินเดือน และต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และยินดีจะให้ความ

ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 84 ราย โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ IRB 285/59 แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุด, สถานภาพสมรส, งานประจำ, การมีรายได้, ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย, ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน, ปัญหาทางด้านสุขภาพ และการมีผู้ดูแลรวม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI-II)⁽⁶⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย นันทิกาทวิชาติ จำนวน 21 ข้อ มีค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับแบบสอบถาม The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เท่ากับ 0.71 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.91 ซึ่งถือว่ามี ความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ อยู่เกณฑ์ที่ดีแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าได้ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 0 - 13 คะแนน หมายความว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวม 14 - 19 คะแนน หมายความว่ามีการซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนรวม 20 - 28 คะแนน หมายความว่ามีการซึมเศร้าปานกลางและคะแนนรวม 29 - 63 คะแนน หมายความว่ามีการซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ Zarit Burden Interview⁽⁷⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย นางอรพรรณ แพนคง เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับข้อความบางส่วนให้เหมาะสม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อ

คำถาม 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้เท่ากับ 0.71 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งถือว่ามี ความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ อยู่เกณฑ์ที่ดีแบ่งระดับภาระการดูแลได้ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน หมายความว่าไม่มีภาระการดูแล คะแนนรวม 21-40 คะแนน หมายความว่ามีการดูแลน้อยถึงปานกลาง คะแนนรวม 41 - 60 คะแนน หมายความว่า มีการดูแลปานกลางถึงรุนแรงคะแนนรวม 61 - 88 คะแนน หมายความว่ามีการดูแลรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index⁽⁸⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรณัฐ ดันชัยสวัสดิ์ จำนวน 9 ข้อ มีค่า sensitivity เท่ากับร้อยละ 89.6 ค่า specificity เท่ากับร้อยละ 86.5 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 ซึ่งถือว่ามี ความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ อยู่เกณฑ์ที่ดีแบ่งระดับของคุณภาพการนอนหลับได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายความว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีคะแนนรวมมากกว่า 5 หมายความว่า มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแจกแจงข้อมูลทั่วไป และหาความชุกของภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ Chi-Square Crude Odds Ratio และ 95% Confidence Interval เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 84 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.9) มีอายุเฉลี่ย 54.15 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี, ปวส., หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 51.2) และมีสถานภาพสมรสเป็นโสดมากที่สุด (ร้อยละ 51.2) ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (ร้อยละ 58.5) มีรายได้ (ร้อยละ 78.0) และไม่มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 58.0) โดยพบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นลูกมากที่สุด (ร้อยละ 59.8) ผู้ดูแลส่วนใหญ่

ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย (ร้อยละ 62.2) มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันเฉลี่ย 12.30 ชั่วโมง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 6.12 ปี โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 64.6) และมีผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 65.9) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 58.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 22.46 คะแนน และส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (ร้อยละ 61.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 5.82 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย (N = 82)	N (%) หรือ Mean ± SD
ผู้ดูแล	
เพศ	
ชาย	14 (17.1)
หญิง	68 (82.9)
อายุ (ปี)	54.15 ± 12.74
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	4 (4.9)
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	8 (9.8)
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช., หรือ เทียบเท่า	10 (12.2)
ปริญญาตรี, ปวส., หรือเทียบเท่า	42 (51.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	18 (22.0)
สถานภาพสมรส	
โสด	42 (51.2)
สมรส	30 (36.6)
หม้าย	6 (7.3)
หย่าร้าง	4 (4.9)
งานประจำ	
มีงานประจำ	34 (41.5)
ไม่มีงานประจำ	48 (58.5)
การมีรายได้	
ไม่มีรายได้	18 (22.0)
มีรายได้	64 (78.0)

ตารางที่ 1. (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย (N = 82)	N (%) หรือ Mean \pm SD
ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย	
มีความพอเพียงของค่าใช้จ่าย	47 (58.0)
ไม่มีความพอเพียงของค่าใช้จ่าย	34 (42.0)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
คู่สมรส	12 (14.6)
บุตร	49 (59.8)
ญาติ/อื่นๆ	21 (25.6)
ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย	
ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่น	51 (62.2)
มีภาระในการดูแลผู้อื่น	31 (37.8)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง) : Mean \pm SD	12.30 \pm 4.50
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี) : Mean \pm SD	6.12 \pm 5.11
ปัญหาทางด้านสุขภาพ	
ไม่มี	53 (64.6)
มี	29 (35.4)
ผู้ดูแลผู้ป่วยรวม	
ไม่มี	28 (34.1)
มี	54 (65.9)
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย	
ไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย	48 (58.5)
มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย	34 (41.5)
คุณภาพการนอนหลับ	
มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี	50 (61.0)
มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี	32 (39.0)
ข้อมูลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม	
เพศ	
ชาย	20 (24.4)
หญิง	62 (75.6)
อายุ (ปี) : Mean \pm SD	78.46 \pm 7.71
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน (ปี) : Mean \pm SD	5.90 \pm 4.48
ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการประเมินโดยจิตแพทย์ (N = 75)	
Mild	43 (52.4)
Moderate	17 (20.7)
Severe	11 (13.4)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 ราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 84.1) โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 11) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมีจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.7) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 12.30 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้ป่วย

ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 82 ราย พบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระดับการศึกษา ($P < 0.001$) ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย ($P < 0.001$) ปัญหาทางด้านสุขภาพ ($P < 0.001$) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ($P < 0.001$) คุณภาพการนอนหลับ ($P < 0.001$) และการมีรายได้ของผู้ดูแล ($P < 0.05$) ส่วนปัจจัยเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมกับความชุกของภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษาปัจจัยของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ปัจจัย คือ เพศ, อายุ, ระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน และระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย พบว่าไม่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ($P < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย (N = 82)	N (%)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	69 (84.1)
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	9 (11.0)
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	3 (3.7)
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	1 (1.2)

ตารางที่ 3. ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		Crude Odds Ratio	95 % Confidence Interval		P-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		Lower	Upper	
เพศ								
ชาย	13	92.9	1	7.1	Reference	0.332	23.380	0.450 ^a
หญิง	56	82.4	12	17.6	2.786			
อายุ (ปี)								
≤ 60	47	82.5	10	17.5	0.671	0.167	2.693	0.745 ^a
> 60	21	87.5	3	12.5				

ตารางที่ 3. (ต่อ) ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		Crude Odds Ratio	95 % Confidence Interval		P-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		Lower	Upper	
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	13	59.1	9	40.9	Reference	2.580	36.405	< 0.001**
เทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า	56	93.3	4	6.7	9.692			
สถานภาพสมรส								
สมรส	26	86.7	4	13.3	1.360	0.380	4.866	0.760 ^a
โสด/แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	43	82.7	9	17.3				
งานประจำ								
มีงานประจำ	30	88.2	4	11.8	1.731	0.486	6.165	0.394
ไม่มีงานประจำ	39	81.2	9	18.8				
การมีรายได้								
ไม่มีรายได้	12	66.7	6	33.3	Reference	1.160	14.291	0.032*
มีรายได้		57	89.1	7	10.9	4.071		
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย								
มีความเพียงพอของค่าใช้จ่าย	45	95.7	2	4.3	10.761	2.198	52.673	< 0.001**
ไม่มีความเพียงพอของค่าใช้จ่าย	23	67.6	11	32.4				
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย								
ญาติ	66	84.6	12	15.4	1.833	0.176	19.133	0.506
ไม่ใช่ญาติ	3	75.0	1	25.0				
ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย								
ไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่น	45	88.2	6	11.8	2.188	0.660	7.246	0.223 ^a
มีภาระในการดูแลผู้อื่น	24	77.4	7	22.6				
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)								
≤ 12	30	85.7	5	14.3	2.400	0.686	8.397	0.164
> 12	20	71.4	8	28.6				
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)								
≤ 5	44	88.0	6	12.0	2.139	0.645	7.091	0.228
> 5	24	77.4	7	22.6				
ปัญหาทางด้านสุขภาพ								
ไม่มี	50	94.3	3	5.7	8.772	2.176	35.364	0.001**
มี	19	65.5	10	34.5				

ตารางที่ 3. (ต่อ) ปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		Crude Odds Ratio	95 % Confidence Interval		P-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		Lower	Upper	
ผู้ดูแลผู้ป่วยรวม								
ไม่มี	22	78.6	6	21.4	Reference	0.550	6.093	0.351
มี	47		87.0	7	13.0	1.831		
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย								
ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ (0 – 20 คะแนน)	46	95.8	2	4.2	11.000	2.249	53.812	< 0.001**
มีความรู้สึกเป็นภาระ (21 – 88 คะแนน)	23	67.6	11	32.4				
คุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล								
มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (0 - 5 คะแนน)	49	59.8	1	1.2	29.400	3.581	241.348	< 0.001**
มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (6 – 21 คะแนน)	20	24.4	12	14.6				
เพศ								
ชาย	14	70.0	6	30.0	Reference	0.976	11.616	0.074
หญิง	55	88.7	7	11.3	3.367			
อายุ (ปี)								
≤ 80	43	81.1	10	18.9	Reference	0.508	8.004	0.364
> 80	26	89.7	3	10.3	2.016			
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบัน (ปี)								
≤ 5	45	90.0	5	10.0	3.130	0.920	10.658	0.070
> 5	23	74.2	8	25.8				
ระดับความรุนแรงของโรค								
Mild	37	86.0	6	14.0	1.028	0.262	4.026	1.000
Moderate to Severe	24	85.7	4	14.3				

*P < 0.05, ** P < 0.01

วิจารณ์ผล

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรค

สมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 82 ราย ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.9 โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ปานกลาง ร้อยละ 3.7 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 1.2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของ ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ โดยอิติพันธ์ ธาณรัตน์ และคณะ พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7⁽⁹⁾ และค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้นมีความใกล้เคียงกัน เนื่องจากผู้ป่วยสองกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความปกติทางด้านร่างกาย แต่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ และด้านอารมณ์ จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งส่งผลถึงสภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ โดย อิติพันธ์ ธาณรัตน์ และคณะ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจะมีภาวะซึมเศร้าสูงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาระดับปริญญาตรีในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์หลอดเลือดสมองโดย เชิดชาย ชยวิทย์ พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ดูแล ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะการดูแลผู้ป่วย การมีเจตคติที่ดี และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการค้นคว้าหาแนวทางในการได้รับความช่วยเหลือเพิ่มเติมระหว่างการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ดูแลลดลง และทำให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะ

สมองเสื่อมโดย พชรมณฑล ลำเลียงพล พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ การไม่มีรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Printz-Feddersen V. พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับ การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และมีรายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระที่น้อยลงของผู้ดูแล กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลไม่มีรายได้ จะส่งผลทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และส่งผลทำให้ระดับภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นตามไปด้วย⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์หลอดเลือดสมองโดยเชิดชาย ชยวิทย์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีอายุมากและไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งจะได้รับเพียงเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยพิการผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานประจำที่ทำอยู่ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีรายได้ ซึ่งส่งผลให้รายจ่ายไม่เพียงพอกับรายรับจนทำให้เกิดความเครียดมาก และส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ในที่สุดกล่าวโดยสรุป คือ การไม่มีรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹²⁾ ผู้ดูแลไม่มีความเพียงพอของค่าใช้จ่ายจะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของที่มีภาวะสมองเสื่อม และความเครียดของผู้ดูแลโดย วิภา ลิ่มสกุล และคณะ พบว่าความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่สูงขึ้น⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ การนอนหลับในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดย Simpson C. และคณะ พบว่าหากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ต้องมีการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นได้แก่ผู้สมรสลูกหลานและญาติคนอื่น ๆ ในด้านคำปรึกษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งหมด จะส่งผลให้ผู้ดูแล

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความวิตกกังวลในความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายจนกระทั่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁴⁾

ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดย พชรมณท์ ถ้าเลี้ยงพล โดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต SF-36 และนำ คะแนนแต่ละด้านมาเปรียบเทียบกัน พบว่ามุมมองด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพกายจะมีความสัมพันธ์ระดับสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนไทยปกติ (ดัชนีคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนไทยปกติที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพเท่ากับ 80 คะแนน และดัชนีชีวิตคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพกายเท่ากับ 64 คะแนน)⁽¹⁰⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาระยะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตลอดเลียดสมอง โดย เจ็ดชาย ชัยวัชโรดม พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตลอดเลียดสมอง⁽¹²⁾ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Song LY. และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่พบว่าหากผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากก็ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงขึ้น และจากการศึกษาซึ่งพบอีกว่าหากผู้ป่วยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มาก โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตแล้วก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยขึ้นตามมาได้ และสอดคล้องกับการศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย รสรณร์ดี ภาคภากร พบว่า

ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽¹⁶⁾

คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือการนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูงสอดคล้องกับศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย วราวุฒิ รมไทร พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพการนอนที่เป็นปัญหาถึงร้อยละ 68 และคุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกเป็นภาระภาวะซึมเศร้า และสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดย Rittman M. และคณะ พบว่าผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลีย การมีอาการหงุดหงิด แปรปรวน ไม่คงที่ และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในทางลบเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากอาการข้างเคียงของการนอนไม่หลับหรือหลับได้ไม่เพียงพอดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วย และการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจมีอาการของโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย เช่น มีอาการนอนกรน เสียงดัง หรืออาจหยุดหายใจเป็นพัก ๆ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จนทำให้ผู้ดูแลมีอาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น คือ รู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง หดหู่ หมดกำลังใจ ปฏิเสธความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำแล้วรู้สึกสนุก รู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต เบื่ออาหาร เก็บตัว และไม่อยากที่จะติดต่อกับใคร หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตายได้⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มประชากรตัวอย่างในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ได้คัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษาเท่านั้น ดังนั้นกลุ่มประชากรที่ศึกษาจึงยังไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ทั้งหมด เนื่องจากความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ
2. รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ เวลาหนึ่ง (cross-sectional) ที่มุ่งตอบคำถามภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นหลัก ผู้วิจัยเห็นว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีส่วนสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมีปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ รวมทั้งการประสพกับภาวะกดดันในช่วงชีวิตที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นอาจจะออกแบบการวิจัยในรูปแบบของการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยในครั้งแรก โดยทำการศึกษาและติดตามต่อเนื่องกันเป็นระยะ ๆ จะแสดงให้เห็นความชัดเจนของการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลรักษาการป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสคนพิการและผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: A delphi consensus study. *Lancet* 2005;366:2112-7.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร:สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพและสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดับกรมเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกันรักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟฟิคโกซิสเต็มส์; 2555.
5. วรวิมล ร่มไทร. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
6. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67:588-97.
7. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
8. ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540;42:123-32.
9. ธิตินันท์ ธานีรัตน์, เขาวลัษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ดวงโยธา, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, ปิยนุช กิมเสาว์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61:319-30.

10. พชรภณท์ ลำเลียงพล. ศักยภาพภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558; 23:112-24.
11. Printz-Feddersen V. Group process effect on caregiver burden. See comment in PubMed Commons below J Neurosci Nurs 1990;22: 164-8.
12. เฑิดชาย ชยวิฑโฒ. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลพาดหลอดเลือดสมอง. วารสารแพทย์ เขต 4 – 5. 2559;35:14-27.
13. วิธนา ลิ้มสกุล, อุไรวรรณ แจงจุ๋ย, อภรณ์ สุขโสธดา. ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของที่มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล 2557;63:35-41.
14. Simpson C, Carter P. Dementia caregivers' lived experience of sleep. Clin Nurse Spec 2013; 27:298-306.
15. Song LY, Biegel DE, Milligan SE. Predictor of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health J 1997;33:269-86.
16. รสรณรดี ภาคภากร, นุรณี กาญจนถวัลย์, นิจศรี ชาญณรงค์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ่ายผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2558;59: 457-69.
17. Hinojosa RM, Findley, K. Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans post stroke. J Neurosci Nurs 2009;41:39-52.