

การศึกษากภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย โรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง Depression in the Caregivers of Stroke Patients

เชิดชาย ชยวัฑฒ โผ พ.บ.,
ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลบางสะพาน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Cherdchai Chayawatto M.D.,
Thai Board of Orthopaedic Surgery
Thai Board of Family Medicine
Bangsaphan Hospital,
Prachuap khiri khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา: รูปแบบตัดขวางและเปรียบเทียบ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในประชากร 2 กลุ่ม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางสะพาน ตั้งแต่ช่วง ตุลาคม-พฤศจิกายน 2558 โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย สัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ Pearson's correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ

ผลการศึกษา: ทำการศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองทั้งหมด 41 ราย เป็นชาย 20 ราย (ร้อยละ 48.80) เป็นหญิง 21 ราย (ร้อยละ 51.20) อายุเฉลี่ย 71.85 ± 10.15 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 41 ราย เป็นชาย 8 ราย (ร้อยละ 19.50) หญิง 33 ราย (ร้อยละ 80.50) อายุเฉลี่ย 47.80 ± 12.22 ปี พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล 11 ราย ใน 41 ราย (ร้อยละ 26.83) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแลตามลำดับ

ผลสรุป: ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 26.83 จำนวน ชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence of depression in the caregivers of stroke patients and to study the factors correlating with depression in the caregivers of stroke patients.

Design: Cross-sectional analytical descriptive study.

Setting: Consecutive stroke patients consulted for rehabilitation programme at the Department of Rehabilitation Medicine, Bangsaphan Hospital from October to November 2015 and their caregivers.

Method: Each caregiver was administered the Thai Depression Test (2Q and 9Q) determining the prevalence of depression and Depth Interview Test. Each patients was administered the Bathel Index Test and Thai Depression Test. Data were analysed by descriptive statistic and Pearson's correlation test.

Results: 41 stroke patients were 20 males (48.80%) and 21 females (51.20%). The average age was 71.85 ± 10.15 years. 41 caregivers were 8 males (19.50%) and 33 females (80.50%). The average age was 47.80 ± 12.22 years. The prevalence of depression among the caregivers was 26.83% (11 in 41 subjects). The factors significantly correlated with depression in caregivers were long period of weekly caregiving hours, education of caregiver, gender of patient and poor financial of caregiver respectively.

Conclusion: The prevalence of depression in caregivers were 26.83%. Long period of weekly caregiving hours, education of caregivers, gender of patient and poor financial of caregiver status significantly correlated with depression in caregivers.

Keywords: Caregiver, depression, stroke

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 33 ล้านราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก 16.9 ล้านราย¹ ส่วนความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรชาวเอเชียเมื่อปรับด้วยอายุอยู่ในช่วง 260 ถึง 4,800 ต่อประชากรแสนคน² สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราความชุกอยู่ที่ประมาณ 104.51 ต่อประชากรแสนคน³ และในอำเภอบางสะพานพบว่าปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 157 ต่อประชากรแสนคน⁴ และมีแนวโน้มจะพบอัตราความชุกมากขึ้น

ผู้ป่วยเหล่านี้หลังผ่านการรักษาตัวและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลแล้วประมาณร้อยละ 80 ต้องกลับเข้าไปอยู่กับครอบครัวและสังคม⁵

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วย ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการติดต่อสื่อสาร บางครั้งมีปัญหาด้านการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ⁶ บางรายมีอาการของภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ปัญหาความเครียดจึงพบได้บ่อยในผู้ดูแลระดับความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปนาน

ขึ้น⁷ มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อความ
ก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพด้วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง
ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต
โรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่คาดว่าจะมีผล
ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
ที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางสะพาน

วัตถุประสงค์

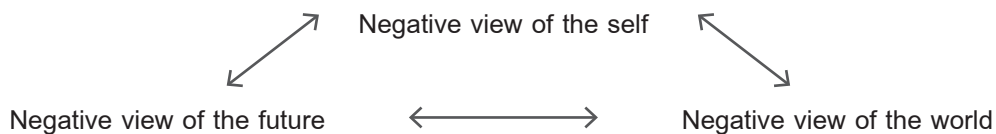
เพื่อศึกษากลุ่มผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือด
สมองและผู้ดูแลในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
อัมพาตหลอดเลือดสมอง
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิด

Cognitive Theories of Major Depression – Aaron Beck

Negative cognitive triad



Cognitive Learning Theory

ประสบการณ์ครั้งแรกๆ ในชีวิตที่ผ่านมา

การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง

เกิดวิกฤตการณ์ในชีวิต

การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตกระตุ้นบุคคล

มีความคิดอัตโนมัติทางลบ

ความซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางและเปรียบเทียบ ข้อมูลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 41 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางสะพานตั้งแต่เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2558 ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระยะเวลาที่เป็นโรค กิจกรรมประจำวันที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ภาระทางพฤติกรรมของผู้ป่วย คะแนน Bathel Index อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ ระดับความสามารถของผู้ดูแล และคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson's correlation โดยกำหนดให้ p-value น้อยกว่า 0.05

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า ต้องเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยต้องเป็นโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ทางคลินิกหรือทางรังสีวิทยา และผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสาร

เกณฑ์ในการคัดออก คือ เป็นผู้รับจ้างดูแลหรือได้รับผลตอบแทนในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยประกอบด้วย 2 คำถาม และ 9 คำถาม โดยนำคะแนนรวมแต่ละด้านเทียบกับตารางที่จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์นี้ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ซึมเศร้า ซึมเศร้าระดับน้อยมาก ซึมเศร้าระดับน้อย และซึมเศร้าระดับรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นแบบตัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 2Q, 9Q

3. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

4. แบบสอบถามเชิงลึกในผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 18 โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน และใช้สถิติ Pearson's correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยกำหนดนัยสำคัญไว้ที่ p-value น้อยกว่า 0.05

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยในประเด็นที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำไปสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการรักษาที่แผนกกายภาพ โรงพยาบาลบางสะพานเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 51.2 ต่อ 48.8 อายุที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่ 61-80 ปี ร้อยละ 58.5 เป็นหม้าย ร้อยละ 51.2 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.8 ระยะเวลาการเป็นโรคมามากกว่า 18 เดือน ร้อยละ 80.5 กิจกรรมที่ต้องช่วยคือการกิน ร้อยละ 75.6 คะแนน Bathel Index 0-20 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.1 ภาระทางพฤติกรรมส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 59.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=41)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	20 (48.8)
หญิง	21 (51.2)
อายุ	
41-60 ปี	8 (19.5)
61-80 ปี	24 (58.5)
มากกว่า 80 ปี	9 (22)
สถานภาพสมรส	
โสด	0 (0)
แต่งงาน	17 (41.5)
หย่าร้าง	2 (4.9)
หม้าย	22 (53.7)
รายได้	
น้อยกว่า 5,000 บาท	13 (31.7)
5,000-10,000 บาท	21 (51.2)
มากกว่า 10,000 บาท	7 (17.1)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	36 (87.8)
มัธยมศึกษา	5 (12.2)
ระยะเวลาที่เป็นโรค	
น้อยกว่า 6 เดือน	6 (14.6)
6-18 เดือน	2 (4.9)
มากกว่า 18 เดือน	33 (80.5)
กิจวัตรประจำวันที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	
อาบน้ำ	10 (24.4)
แต่งตัว	0 (0)
กิน	31 (75.6)
ขับถ่าย	0 (0)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=41) (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ)
ภาระทางพฤติกรรมของผู้ป่วย	
ปลุกผู้ดูแลตอนกลางคืน	8 (19.5)
โกรธและโมโหง่าย	8 (19.5)
ทำอันตรายต่อตัวเองและคนอื่น	0 (0)
ไม่มีภาระทางพฤติกรรม	25 (59.5)
ปลุกผู้ดูแลตอนกลางคืน	
เพศชาย	4 (9.76)
เพศหญิง	4 (9.76)
โกรธและโมโหง่าย	
เพศชาย	6 (14.63)
เพศหญิง	2 (4.88)
ทำอันตรายต่อตัวเองและคนอื่น	
เพศชาย	0 (0)
เพศหญิง	0 (0)
ไม่มีภาระทางพฤติกรรม	
เพศชาย	10 (24.39)
เพศหญิง	15 (36.59)
คะแนน Bathel Index	
0-20	23 (56.1)
25-45	6 (14.6)
50-70	6 (14.6)
75-90	5 (12.2)
100	1 (2.4)

2. ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ในด้านของผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 80.5 เป็นเพศหญิง อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 51.2 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 82.9 รายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 41.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.6 ไม่ทำงาน ร้อยละ 36.6 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร

ของผู้ป่วย ร้อยละ 53.7 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย 120-168 ชั่วโมง ร้อยละ 46.3 ระดับความสามารถของผู้ดูแล ทำได้เองทุกอย่าง ร้อยละ 87.8 ผลของการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อการทำงานของผู้ดูแล ร้อยละ 56.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	8 (19.5)
หญิง	33 (80.5)
อายุ	
0-20 ปี	1 (2.4)
21-40 ปี	12 (29.3)
41-60 ปี	21 (51.2)
61-80 ปี	7 (17.1)
สถานภาพสมรส	
โสด	4 (9.8)
แต่งงาน	34 (82.9)
หย่าร้าง	2 (4.9)
หม้าย	1 (2.4)
รายได้	
น้อยกว่า 5,000 บาท	11 (26.8)
5,000-10,000 บาท	13 (31.7)
มากกว่า 10,000 บาท	17 (41.5)
การศึกษา	
ประถม	31 (75.6)
มัธยม	8 (19.5)
อนุปริญญา	1 (2.4)
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (2.4)
อาชีพ	
ไม่ทำงาน	15 (36.6)
รับจ้าง	6 (14.6)
งานประจำ	0 (0)
ธุรกิจส่วนตัว	1 (2.4)
อื่นๆ	19 (46.3)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี ภรรยา	8 (19.5)
พ่อแม่	0 (0)
บุตร	22 (53.7)
พี่น้อง	1 (2.4)
ญาติ นายจ้าง	4 (9.8)
ลูกจ้าง	1 (2.4)
เพื่อนบ้าน	0 (0)
อื่นๆ	5 (12.2)
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ของผู้ดูแล	
0-39 ชั่วโมง	3 (7.3)
40-79 ชั่วโมง	8 (19.5)
80-119 ชั่วโมง	11 (26.8)
120-168 ชั่วโมง	19 (46.3)
ระดับความสามารถของผู้ดูแล	
ทำได้เองทุกอย่าง	36 (87.8)
ทำกิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์เองไม่ได้	4 (9.8)
ไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานได้ด้วยตัวเอง	1 (2.4)
ปัญหาสุขภาพในช่วง 1 เดือนก่อนหน้าของผู้ดูแล	
ความดัน+อื่นๆ	2 (4.9)
ความดันโลหิตสูง	6 (14.6)
เบาหวาน+ความดัน	2 (4.9)
หัวใจ+ความดัน	1 (2.4)
อื่นๆ	28 (68.3)
เบาหวาน+อื่นๆ	2 (4.9)
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล	
ไม่มีผลต่อการทำงาน	23 (56.1)
ทำงานเดิมได้น้อยลง	6 (14.6)
ต้องเปลี่ยนงานใหม่	5 (12.2)
ออกจากงานเดิมยังไม่มียานใหม่	7 (17.1)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ)
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	
Depressed	11 (26.83)
Not depressed	30 (73.17)
ระดับของภาวะซึมเศร้า	
ไม่ซึมเศร้า	31 (75.6)
น้อยมาก	8 (19.51)
น้อย	2 (4.9)
รุนแรง	1 (2.4)

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

การศึกษานี้พบผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.83 ไม่ซึมเศร้าร้อยละ 73.17 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ)
ภาวะซึมเศร้า	
ไม่ซึมเศร้า	30 (73.17)
ซึมเศร้าระดับน้อยมาก	8 (19.51)
ซึมเศร้าระดับน้อย	2 (4.9)
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	1 (2.4)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต

ในการศึกษาค้างนี้ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัย
ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต

ได้แก่จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย การศึกษา รายได้ของ
ผู้ดูแล และเพศของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ตัวแปร	Correlation (r)	P-value
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย		
เพศของผู้ป่วย	- 0.337	0.031
อายุของผู้ป่วย	0.034	0.832
สถานภาพสมรสของผู้ป่วย	- 0.071	0.660
รายได้ของผู้ป่วย	0.001	0.993
การศึกษาของผู้ป่วย	- 0.091	0.572
ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วย	0.123	0.444
กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	0.147	0.359
ภาวะทางพฤติกรรม	0.024	0.880
คะแนน Bathel Index ของผู้ป่วย	- 0.201	0.209
ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล		
เพศของผู้ดูแล	0.150	0.348
อายุของผู้ดูแล	0.239	0.133
สถานภาพสมรสของผู้ดูแล	- 0.115	0.474
รายได้ของผู้ดูแล	- 0.271	0.049
การศึกษาของผู้ดูแล	0.339	0.030
อาชีพของผู้ดูแล	0.008	0.96
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ดูแล	- 0.087	0.591
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย	0.431	0.005
ระดับความสามารถของผู้ดูแล	0.209	0.189
ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล	0.108	0.500
ผลการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล	- 0.035	0.830

5. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงผลการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง

หัวข้อ	คำถาม	ข้อเท็จจริง
รายได้	- รายได้เพียงพอหรือไม่ - รายจ่ายเป็นอย่างไร - การประกอบอาชีพทำอะไร - มีเงินออมหรือไม่ - มีหนี้สินหรือไม่ - ต้องการประกอบอาชีพเสริม	- ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่ายหมดไปกับผ้าอ้อมสำเร็จรูปและอาหาร ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรต้องดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก บางรายต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเบียดเบียนคนพิการและเบียดผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ไม่มีเงินออม ไม่มีหนี้สินในรายที่มีเงินออมก็เริ่มหมดไปกับการจ้างคนมาดูแล

ตารางที่ 5 แสดงผลการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

หัวข้อ	คำถาม	ข้อเท็จจริง
	หรือไม่ - ได้รับเบี้ยคนพิการเพียงพอ หรือไม่	ผู้ป่วย รายที่สูงอายุจะเหลาทางมะพร้าวเป็นอาชีพเสริม ถ้ามีอาชีพเสริมอื่นๆให้ทำก็ยากทำเพื่อหารายได้มาช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในครอบครัว
การศึกษา	- การได้รับความรู้เรื่องโรค - การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย - การผ่อนคลายจากความเครียด	- ความรู้เรื่องโรคได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจหรือลืม - ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยได้รับทุกราย และสามารถปฏิบัติได้ - การผ่อนคลายจากความเครียดส่วนใหญ่จะใช้ธรรมชาติใจไม่ให้เครียดมากหรือทำงานบ้านให้ลื้มๆ บางรายไปเที่ยวเดินดูสินค้าเพื่อให้เพลิดเพลินและลืมไปชั่วขณะ ทุกรายคิดว่าเป็นความรับผิดชอบที่ต้องดูแลไม่ใช่ภาระ
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย	- การใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย - การมีญาติพี่น้องช่วยเหลือ - การช่วยเหลือจากอสม./จิตอาสา	- ผู้ดูแลใช้เวลาดูแลผู้ป่วยทั้งวัน ไม่ค่อยได้ไปไหน ต้องดูแลคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องช่วยเหลือ - ถ้ามีคนอื่นมาช่วยดูแลก็ดีแต่ไม่ค่อยไว้วางใจ
สิ่งที่ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือ		- เงิน ผ่าอ้อมสำเร็จรูป อาหารของผู้ป่วย ยารักษาโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน - อุปกรณ์ เช่น เตียง เครื่องดูดเสมหะ ถังออกซิเจน หนังสือนม รถเข็น - ศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ประจำอำเภอ เพื่อลดค่าใช้จ่าย - การเยี่ยมบ้านเพื่อเปลี่ยนสาย NG tube และดูแลผู้ป่วย - เบี้ยคนพิการอยากให้มียกย่องหลังตั้งแต่วันยื่นเอกสาร
ทัศนคติของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง		- ตนเองไร้ค่า ไม่มีอนาคต เป็นภาระของครอบครัว ทำให้ครอบครัวแย่ลง ไม่มีงานทำ ไม่มีเงิน มีโรคประจำตัวแต่ไปหาหมอลำบาก เบื่อหน่ายชีวิตอยากตาย ไม่มีใครช่วยเหลือ ลูกก็ไม่สนใจและลำบากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โลกนี้ช่างโหดร้ายทำไมสิ่งนี้ต้องเกิดขึ้นกับตนเองด้วย

อภิปราย

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุดได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพศของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแลตามลำดับ

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยอัมพาตอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุดได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยที่มาก เป็นเพราะทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นส่วนตัวน้อยลง มีเวลาดูแลตัวเองได้น้อยลง ต้องอุทิศเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่มีเวลาหรือกิจกรรมให้คลายเครียด มีความเครียด และกังวลใจมากจนเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรพงษ์ ยรรยง และคณะ⁸

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลรองลงมา คือระดับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง อาจเป็นเพราะการไม่เข้าใจในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น สภาวะร่างกายของผู้ป่วย มุมมองโลกทัศน์ที่ไม่กว้าง องค์ความรู้ของการผ่อนคลายความเครียดและการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเครียดน้อย ตลอดจนทัศนคติเชิงลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดภาวะเครียด และซึมเศร้าได้ง่าย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลรองลงมา คือเพศของผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเพศชาย มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องจากในเขตอำเภอบางสะพานเป็นสังคมเกษตรกรรม ผู้ป่วยเป็นกำลังหลักในการทำงานหาเงินให้ครอบครัว เมื่อหัวหน้าครอบครัวป่วยมีภาวะความพิการทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอีกทั้งพฤติกรรมผู้ป่วยชาย มีแนวโน้มโกรธและไม่โง่งาย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากอารมณ์หงุดหงิดไม่โง่งายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

ปัจจัยที่มีผลสุดท้ายคือเรื่องรายได้ของผู้ดูแล เพราะส่วนใหญ่อายุมากไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ได้รับแต่เบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ ต้องดูแลตนเอง ลูกส่งเงินมาให้ไม่สม่ำเสมอ ญาติพี่น้องไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ บางรายต้องออกจากงานที่ทำประจำ ทำให้รายได้ไม่มี ค่าใช้จ่ายไม่พอกับรายรับ เงินออมที่เคยมีก็เริ่มหมดไป ทำให้เกิดความเครียดมากจนเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรพงษ์ ยรรยง และคณะ^{8,9}

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือกันไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวและในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย และช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยากดูแลผู้ป่วย พอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ไม่คิดว่าเป็นภาระ เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วย และความเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญตามศาสนาสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ⁹ สำหรับผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระมาก และมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีระดับความซึมเศร้าสูงจะมีความคิดที่ตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ โลกนี้ไม่ยุติธรรม ทำไมสิ่งนี้ต้องมาเกิดกับตน ผู้คนในโลกนี้ช่างโหดร้าย คงไม่มีใครจะยื่นมือเข้ามาช่วย มันคงเป็นแบบนี้ต่อไป และทุกสิ่งคงไม่ดีขึ้น อนาคตช่างมืดมน ซึ่งสอดคล้องกับ Negative Cognitive Triad ของ Aaron Beck ในการนี้ทางผู้วิจัยพยายามปรับเปลี่ยนความรู้สึกและทัศนคติเชิงลบของผู้ดูแลโดยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด วิธีการคลายเครียด กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ สร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้ดูแลอยากดูแลผู้ป่วยต่อไป

จากกรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุใน

พื้นที่ (long term care) โดยอาศัยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการจัดภาคีเกี่ยวข้อง และทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเฉพาะราย (case conference and setting care plan) เพื่อบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคม โดยเฉพาะการจัดให้มี ผู้ช่วยเหลือดูแลภาคทางการ (trained care giver) ซึ่งพัฒนามาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ และได้รับคำตอบตอบอย่างเป็นทางการ จะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย และลดชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 26.83 จากการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยเพศของผู้ป่วย ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Long Term Care ช่วยลดจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย การทำความเข้าใจกับธรรมชาติของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด แนะนำวิถีคลายเครียด การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยอัมพาตและการให้คุณค่าต่อตนเองของผู้ดูแล ตลอดจนการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายจากทุกภาคส่วน น่าจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics- 2015; update: a report from the American Heart Association. Circulation 2015;131(4):e29-322.
2. Mehndiratta P, Wasay M, Mehndiratta MM. Implications of female sex on stroke risk factors, care, outcome and rehabilitation: an Asian perspective. Cerebrovasc Dis 2015;39(5-6):302-8.
3. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, ภาควิชา จังพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก URL: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
4. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบางสะพาน. สถิติผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบางสะพาน พ.ศ. 2557-2558. ประจวบคีรีขันธ์: โรงพยาบาลบางสะพาน; 2559.
5. Stineman MG, Maislin G, Fiedler RC, et al. A prediction model for functional recovery in stroke. Stroke 1997;28:550-6.
6. Han B, Haley WE. Family caregiving for patients with stroke. Stroke 1999;30:1478-85.
7. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. Stroke 1999;30:1517-23.

8. อิศรพงษ์ ยรรยง, ปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์. ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร 2546;13(2):63-70.
9. รสธรรณี ภาคภากร. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสุขภาพจิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
10. ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2554;1(1):59-65.