

บทความพิเศษ

ภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(Caregiver burden in caregivers of older persons)

ปรวีร์ ปรามโทย์ศิริ และ ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมดในปี ค.ศ. 2040¹ ซึ่งผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ช่วยเหลือตนเองได้ลดลงและส่งผลให้มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ข้อมูลจากประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลพบประมาณร้อยละ 10.4 และมีสัดส่วนความต้องการที่มากขึ้นตามอายุ² ด้วยบริบทของสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวและจำนวนไม่น้อยที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เต็มใจ และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 40-80%^{3,4} ซึ่งภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลถือเป็น “ผู้ป่วยที่ถูกลืม” ในทางเวชปฏิบัติ ดังนั้นการตระหนักรู้ถึงภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การเข้าใจสาเหตุ และผลกระทบของการเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การประเมินปัญหาของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ

สถานการณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในประเทศไทย

(Situation of the older persons and caregivers in Thailand)

จากข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO)⁵ มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ในประเทศไทยจากข้อมูลสำนักงานสถิติ² แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2564 ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประเทศไทยพบผู้สูงอายุติดเตียงและผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.3 และ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล จากข้อมูลประเทศไทยผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล พบประมาณร้อยละ 10.4 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 60 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร² ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงตามบริบทสังคมไทย

คำจำกัดความ (definition)

ผู้ดูแล (caregiver) คือบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลืออีกบุคคลหนึ่งที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลให้การดูแลทั้งการทำการกิจวัตรประจำวันรวมถึงการดูแลสถานะทางจิตใจ ผู้ดูแลสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยพิจารณาจากการได้รับค่าตอบแทนการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย⁶

ได้รับต้นฉบับ 5 ตุลาคม 2566 แก้ไขบทความ 2 ธันวาคม 2566 รับลงตีพิมพ์ 25 มกราคม 2567

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ รศ.พญ. ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพระรามหก เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์: 081-640-4373 E-mail: sirasarama37@gmail.com

ผู้ดูแลแบบเป็นรูปแบบชัดเจน (formal caregiver) คือ ผู้ดูแลที่ได้รับเงินค่าจ้างจากการดูแล โดยส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อประกอบเป็นอาชีพหรือวิชาชีพ การอบรมเป็นอาชีพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล อบรมเป็นวิชาชีพ เช่น นักกายภาพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว⁷

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นรูปแบบชัดเจน (informal caregiver) คือ ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับเงินค่าจ้างจากการดูแล มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ที่เรียกว่า “ผู้ดูแลที่เป็นญาติ” ซึ่งเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ในสังคมไทย สามารถพบภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในผู้ดูแลประเภทนี้ได้มาก⁷

ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) มีการให้คำจำกัดความของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล มีความหลากหลาย คำว่า “ภาระ (burden)” หมายถึง หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ หรือหน้าที่ความรับผิดชอบที่ทำให้เกิดความกังวล หรือมีความยุ่งยากในการทำหน้าที่⁸ ในปี พ.ศ. 2529 Zarit และคณะ ให้คำจำกัดความของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลไว้ว่า คือการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของตนเอง⁹ ในปัจจุบันพบว่ายังไม่มีคำจำกัดความที่แน่ชัด

ความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (prevalence of caregiver burden)

ความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 20 ถึง 85¹⁰⁻¹² ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะเหนื่อยล้า ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ร้อยละ 40 ถึง 80^{3,4} ซึ่งความชุกเพิ่มขึ้นตามภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (factors related to caregiver burden)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในผู้สูงอายุมีปัจจัยร่วมหลายปัจจัยโดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยจากผู้ดูแล ปัจจัยจากผู้ป่วย และปัจจัยจากการดูแล

ปัจจัยจากผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลมีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง¹³ ระดับการศึกษาที่น้อยระดับประถมศึกษา¹³⁻¹⁵ มีปัญหาเศรษฐกิจ¹³ และปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะซึมเศร้า¹⁶ อย่างไรก็ตามในบริบทของภูมิภาคเอเชีย เพศของผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลเนื่องจากวัฒนธรรมที่ว่าการดูแลบุพการีเป็นความรับผิดชอบของเพศหญิง นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ไม่ใช่บุตรหรือสามีภรรยา มีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล

ปัจจัยจากผู้ป่วย

โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น ภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมจากโรคสมองส่วนหน้าเสื่อม (Frontotemporal dementia) และอยู่ในระยะท้ายของโรค มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล^{13,17} นอกจากนี้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายถดถอย (functional decline) และมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ หรือมีปัญหาการนอนหลับพบความสัมพันธ์กับการมีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล^{13,16,18}

ปัจจัยจากการดูแล

จากการศึกษาพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน¹² การไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์ เวลา การเงิน หรือการให้การรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัวสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล^{13,19}

ผลกระทบจากภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (consequences of caregiver burden)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังจนเกิดภาวะเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยดังนี้

ผลกระทบต่อนักดูแล

ส่งผลกระทบทางกายภาพ ได้แก่ ขาดการนอนหลับพักผ่อน ส่งผลให้การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 63 ใน 4 ปี¹⁴ ขณะที่ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดง่าย มีภาวะซึมเศร้า และในรายที่รุนแรงเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับการเข้าสังคมส่งผลให้มีการแยกตัว

ผลกระทบต่อนักป่วย

ผลกระทบทางกายภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงการถูกทำทารุณกรรมและการละเลยการดูแลจากผู้ดูแล²⁰ และเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้มากถึง 1.5 เท่า ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้าอาจถูกทำทารุณกรรมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลงนำไปสู่การเพิ่มขึ้นในการเข้าพักในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

การประเมินผู้ดูแลแบบองค์รวม (comprehensive assessment of caregiver)

การประเมินผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ควรให้การตระหนักรู้ถึงปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลตามที่กล่าวไปข้างต้น การประเมินควรประเมินอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้ครอบคลุม 6 หัวข้อหลักดังนี้

1. บริบทในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้และเศรษฐกิจฐานะการเงิน รวมไปถึงสถานะแวดล้อมที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ควรประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว เช่น การแบ่งเวลามาช่วยดูแลหรือการว่าจ้างคนดูแลแทน

2. ความเข้าใจของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย

ประเมินมุมมองเรื่องปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะความจำบกพร่อง พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมไปถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ควรประเมินความรู้ความเข้าใจของการพยากรณ์ของโรคและเป้าหมายของการดูแลของผู้ป่วย

3. การประเมินคุณค่าในการเป็นผู้ดูแล

ประเมินความต้องการในการให้และการรับการดูแล รวมไปถึงค่านิยมความเชื่อการว่าจ้างคนดูแลหรือการส่งผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลในครอบครัว

4. การประเมินสุขภาพของผู้ดูแล

ประเมินสุขภาพทางกายให้ผู้ดูแล โรคประจำตัว รวมถึงคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพของร่างกายเปรียบเทียบก่อนและหลังการเป็นผู้ดูแล ประเมินสุขภาพทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวล สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการวิตก (Generalized Anxiety Disorder-7; GAD-7)²¹ ภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale-15; TGDS-15)²² ความตึงเครียด และความสามารถในการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ควรประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายร่างกายผู้ป่วยจากผู้ดูแลที่เกิดจากภาวะเหนื่อยล้า

5. การประเมินทักษะการดูแล

ประเมินความสามารถและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำแผล การประเมินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงความสามารถในการพาผู้ป่วยเข้ารับบริการทางสาธารณสุข

6. การประเมินการได้รับการสนับสนุนจากทั้งญาติและจากหน่วยงานรัฐบาล

ประเมินการทดแทนการดูแลจากบุคคลรอบข้างหรือมีการว่าจ้างผู้ดูแลมาผลัดเปลี่ยน หรือได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน นอกจากนี้ควรประเมินการสนับสนุนจากชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือด้านการดูแล เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล อาสาสมัครในชุมชน สถานผู้สูงอายุตอนกลางวัน (day care)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (assessment tools for caregiver burden)

ปัจจุบันมีแบบประเมินภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการแปลเป็นภาษาไทย ได้แก่ Zarit burden interview⁹ ซึ่งได้รับการแปลโดย อรวรรณ ศิลปกิจ และคณะ²³ อีกทั้งได้รับการตรวจสอบความเข้าใจ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (ตารางที่ 1) มีหัวข้อประเมินทั้งหมด 12 ข้อ โดยจะประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล (ข้อ2-6) ภาวะความเครียด (ข้อ1, 7-10) และความรู้สึกเอาใจใส่ (ข้อ11, 12)

ตารางที่ 1 แบบประเมินผู้ดูแล Zarit Burden Interview

คำแนะนำ : ต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลบุคคลอื่น ตอนท้ายของแต่ละข้อกรณาระบุว่าคุณรู้สึกแบบนั้นบ่อยเพียงใด ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อนข้างบ่อย หรือเกือบเป็นประจำ คำตอบไม่มีถูกไม่มีผิด

โดยคะแนน 1-10 หมายถึง ไม่มีหรือมีอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเล็กน้อย 11-20 หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเล็กน้อยถึงปานกลาง และ มากกว่า 20 หมายถึงมีอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลรุนแรง

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก				
	0	1	2	3	4
1. คุณรู้สึกว่า ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะใช้เวลาดูแลญาติของคุณหรือไม่					
2. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่					
3. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่					
4. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่					
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่					
6. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่					
7. คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่					
8. คุณรู้สึกว่าดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา					
9. คุณรู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่					
10. คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่					
11. คุณรู้สึกว่าควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่					
12. คุณรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่					

0 = ไม่เคยเลย 1 = นานๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = ค่อนข้างบ่อย 4= แทบทุกครั้ง

การรักษาภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (treatment for caregiver burden)

ในการรักษาภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นหลักเนื่องจาก ประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างจากการรักษาโดยใช้ยา

การรักษาแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment)

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) คือการให้ความรู้อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคที่เป็น ซึ่งประกอบไปด้วย ความผิดปกติและอาการที่สามารถพบได้ วิธีการรักษาและการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้²⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบการมีส่วนร่วมเชิงรุก (active participation) ซึ่งช่วยในการลดความรู้สึกการมีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้าได้

2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) คือวิธีการทำจิตบำบัดรูปแบบหนึ่ง โดยการพูดคุยกับแพทย์ หรือนักจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงความเชื่อ ได้ตรวจสอบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อความเข้าใจของตนเองและจะช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม²⁵

3. การให้คำปรึกษาต่อผู้ดูแล เกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้มีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้าได้

4. กลุ่มสนับสนุน (support group) คือ กลุ่มที่มีสมาชิกเป็นผู้ดูแลที่มีปัญหาเหมือนกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

การรักษาแบบใช้ยา (pharmacological treatment)

ปัจจุบันพบว่าการรักษาโดยใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองเสื่อมและมีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ สามารถลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ได้แก่ ยากลุ่มที่ต้านการทำลายของสารสื่อประสาทชนิดโคลีน (acetylcholine esterase inhibitor) และการใช้ยารักษาปัญหาพฤติกรรมอารมณ์อย่างเหมาะสม ได้แก่ ยาต้านเศร้า (antidepressant)²⁶ ยาต้านอาการทางจิตเวช (antipsychotic)²⁷

การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตนต่อผู้ดูแล เพื่อป้องกันและรักษาภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

(Practical recommendation to reduce caregiver burden)

1. ให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เช่น วิธีการพลิกตะแคงตัวและการทำแผลกดทับ วิธีการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วย รวมไปถึงความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วย

2. สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ดูแลสุขภาพของตนเอง แพทย์ช่วยเหลือด้วยการนัดหมายการตรวจสุขภาพผู้ดูแลและผู้ป่วยในวันเดียวกัน หรือการสนับสนุนการออกกำลังของผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแล

3. สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เช่น การติดตามการรักษาทางไกล การใช้เครื่องช่วยเตือนการรับประทานยาเมื่อถึงเวลา หรือ ระบบจีพีเอสที่ใช้ติดตามผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยหลงทางพลัดหลง

4. สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การมีผู้ดูแลรอง การพาไปสถานผู้สูงอายุตอนกลางวัน (day care) ประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อการดูแลเยี่ยมบ้าน ปรีกษาสังคมสงเคราะห์ที่ช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย

สรุป

ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลกมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมจำนวนมาก ส่งผลให้มีภาวะทุพพลภาพ และมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญใน การประเมินผู้ดูแลแบบองค์รวม มีการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เช่น Zarit burden interview เพื่อช่วยการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ โดยเริ่มจากการรักษาแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) ซึ่งสามารถช่วยรักษาการเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2021.
2. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society; 2022.
3. Watanabe O, Chompikul J, Kawamori M, Pimpisan N, Visanuyothin S. Predictors of Family Caregiver Burden in Caring for Older People in the Urban District of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *J Int Health*. 2019;34(4):217-28.
4. Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasit J, Sawanyawisuth K, Pimporn J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *J Community Health*. 38(1):40-5.
5. Ageing and health. World Health Organization. World Health Organization [Internet] 2022 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. National Alliance for Caregiving and AARP Public Policy Institute. Caregiving in the U.S. [Internet] 2020 [cited 21 Mar 2023]. Available from <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2021/01/full-report-caregiving-in-the-united-states-01-21.pdf>
7. Being a Caregiver: Johns Hopkins Medicine [Internet] [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/caregiving/being-a-caregiver>.
8. Burden. Cambridge Dictionary [Internet] [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/burden>
9. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
10. Suksatan W, Tankumpuan T, Davidson PM. Heart Failure Caregiver Burden and Outcomes: A Systematic Review. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221112584.
11. Henao Piedrahita N, Idarraga Arroyave MM, Londoño Restrepo N, López Ceballos JJ, Ramírez Serna MA, Serna Arango PA, et al. Prevalence of caregiver burden syndrome in formal caregivers of institutionalised patients with psychiatric illness. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021;50(2):101-7.
12. Loo YX, Yan S, Low LL. Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: a review with an Asian perspective. *Singapore Med J*. 2022;63(10):593-603.
13. Putri YSE, Putra IGNE, Falahaini A, Wardani IY. Factors Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Older Patients with Dementia in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12437.
14. Perkins M, Howard VJ, Wadley VG, et al. Caregiving strain and all-cause mortality: evidence from the REGARDs study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(4):504-12.
15. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):394.

16. Inthai P, Khruapaeng P, Choksomngam Y, Yingchankul N. Prevalence and factors associated with caregiver burden in caregivers of elderly dependents in San Pa Tong District, Chiang Mai. *Chiang Mai Med J.* 2021;60(3):383-94.
17. Yadav N, Jain S, Jain R. A study for comparison of caregiver burden and behavioral and psychotic symptoms in frontotemporal dementia and alzheimer's dementia. *Int J Med Biomed Stud.* 2020;4(2):183-5.
18. Baharudin AD, Din NC, Subramaniam P, Razali R. The associations between behavioral-psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC Public Health.* 2019;19(Suppl 4):447.
19. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(1):e0189874.
20. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health.* 2018;18(1):167.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.
22. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Van Reekum R. The Use of GDS-15 in Detecting MDD: A Comparison Between Residents in a Thai Long-Term Care Home and Geriatric Outpatients. *J Clin Med Res.* 2013;5(2):101-11.
23. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *J Ment Health Thai.* 2015;23(1):12-24.
24. Psychoeducation - the cognitive and Research Center of New Jersey. CRCNJ [Internet] 2020 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <https://thecrcnj.com/psychoeducation/>
25. Overview - Cognitive behavioural therapy (CBT). NHS choices. NHS [Internet] 2022 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counselling/cognitive-behavioural-therapy-cbt/overview/>
26. Mikkola TM, Kautiainen H, Mänty M, von Bonsdorff MB, Koponen H, Kröger T, et al. Use of antidepressants among Finnish family caregivers: a nationwide register-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(12):2209-16.
27. Camargos EF, Souza AB, Nascimento AS, Morais-E-Silva AC, Quintas JL, Louzada LL, et al. Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? *Arq Neuropsiquiatr.* 2012;70(3):169-74.

