

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง

พิมพ์ชนก สุนทร พ.บ.*, ธกัณันท์ อินทรารุช พย.บ.**, ทศนีย์ บุญอริยเทพ พย.บ.**,

ธนากร แก้วสุทธิ พ.บ.*, รุ่งกิจ ปินใจ พ.บ.*

รับบทความ: 23 สิงหาคม 2566

ปรับแก้บทความ: 23 ตุลาคม 2566

ตอบรับบทความ: 29 ตุลาคม 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ การช่วยเหลือทางกายและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เป็นภาระหนักและส่งผลต่อผู้ดูแลหลายด้าน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งส่งผลเสียกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับรักษาที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่องกวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบภาวะเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิตและแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา: ผู้ดูแล 85 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.1) อายุเฉลี่ย 49.3 ปี พบความชุกของภาวะเครียดปานกลางถึงมาก ร้อยละ 50.6 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.4 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดด้วย multivariate logistic regression พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน (OR=11.73, 95%CI=1.32-103.93, p=0.03) และผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร (OR=13.55, 95%CI=1.31-139.75, p=0.03) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลกับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วย multivariate logistic regression

สรุป: ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าพบได้ค่อนข้างมากในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงควรมีการสำรวจและประเมินภาวะเหล่านี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและนำผู้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ภาวะเครียด, ภาวะซึมเศร้า

*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลร่องกวาง จังหวัดแพร่

**กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร่องกวาง จังหวัดแพร่

Prevalence and association factors of stress and depression in palliative caregivers for end-stage cancer patients

Pimchanok Soonthon M.D.*, Tapukkanun Intharawut M.N.S.**

Thadsanee Boonariyatep M.N.S.**, Thanakorn Kaewsoothi M.D.*, Rungkit Pinjai M.D.*

Received: August 23, 2023

Revised: October 23, 2023

Accepted: October 29, 2023

Abstract

Background: The caregivers of end-stage cancer patients play a crucial and significant role in providing assistance to the patients. They often require medical care, physical support, and emotional support more than caregivers of general patients. This role can be demanding and affect caregivers in various aspects. It can lead to caregivers experiencing stress, depression, anxiety, and having negative effects on their ability to care for end-stage cancer patients.

Objective: The study aimed to determine the prevalence and factors associated with stress and depression among caregivers of end-stage cancer patients.

Study design: The cross-sectional analysis study of caregivers of end-stage cancer patients receiving consultation at the Palliative Care Clinic, Rong Kwang Hospital. Data were collected through personal information questionnaires, stress assessment (ST-5), and the PHQ-9 depression assessment.

Results: Among the 85 caregivers of end-stage cancer patients, most of the participants were female (74.1%). The average age is 49.3 years. The prevalence of moderate to severe stress and depression among this group of caregivers were 50.6% and 49.4%, respectively. Multivariate logistic regression analyses indicated that the statistically significant risk factors associated with stress are : caregivers who need to care for patients for more than 16 hours a day (OR=11.73, 95% CI=1.32-103.93, p=0.03), and caregivers of patients with loss of appetite (OR=13.55, 95% CI=1.31-139.75, p=0.03). However, none of these factors is significantly associated with depression in caregivers from multivariate logistic regression analyses.

Conclusion: Stress and depression are found quite often in caregivers of patients with end-stage cancer. A comprehensive assessment of these conditions is important to provide initial support and ensure timely and appropriate access to treatment for those who are ill.

Keywords: end-stage cancer patients, Caregiver, Stress, Depression

*Department of Medicine, Rong Kwang Hospital, Phrae

**Primary and Holistic care Department, Rong Kwang Hospital, Phrae

บทนำ

จากรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา และคนไทยมีแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี การเกิดโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีความบกพร่องทางสุขภาพ เกิดความสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ เพิ่มภาระแก่ครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น⁽¹⁾

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน มักมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ การช่วยเหลือทางกายและจิตใจมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น มีอาการปวด อาการเหนื่อย หอบ รับประทานอาหารได้ลดลง คลื่นไส้ อาเจียน แผลมะเร็ง นอนไม่หลับ สับสน เพ้อคลั่ง วิดกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งมักร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ลดลงไปจนถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง ซึ่งมักใช้ระยะเวลาการดำเนินโรคจำนวนหลักเดือน⁽²⁾

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสบายและตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ แต่ด้วยภาระที่หนัก อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะมาเป็นผู้ดูแลมาก่อนทำให้ต้องปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ และการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความทุกข์ทางใจที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะ

สุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽³⁾ เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (caregiver burnout)^(4,5) เมื่อเกิดภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย หรือทอดทิ้งได้โดยไม่ได้ตั้งใจ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะเครียดสะสมและภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้⁽⁶⁾

ปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีไม่มากนัก ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่า ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยระยะสุดท้ายสัมพันธ์กับหลายปัจจัย โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ชนิดของมะเร็ง ประวัติการผ่าตัด⁽⁷⁾ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวด หายใจลำบาก⁽⁸⁾ แผล ผู้ป่วยรับรู้พยากรณ์โรค⁽⁹⁾ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศหญิง^(7,8,10,12,14) การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย เคยดูแลผู้ป่วยคนอื่นมาก่อน⁽⁷⁾ มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ป่วย⁽⁹⁾ มีปัญหาการนอน⁽¹²⁾ การสูญเสียโอกาสทางสังคม การลดลงของรายได้ การมีผู้ดูแลร่วมบางครั้ง⁽¹¹⁾ ระยะเวลาที่ดูแล^(13,15) คู่สมรส^(8,13) ว่างาน⁽¹³⁾ มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง^(8,13) ปัญหาการเงิน คุณภาพชีวิต⁽¹³⁾ ระดับการศึกษา^(13,15) อายุและความผูกพันกับผู้ป่วย⁽¹³⁾

โรงพยาบาลร่งกวางได้จัดตั้งคลินิกดูแลแบบประคับประคองขึ้นในปี 2560 โดยมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในการดูแลจำนวนหนึ่ง สถิติในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนตามลำดับดังนี้ 284, 204 และ 179 คน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 16.90, 24.0 และ 20.11 ตามลำดับ⁽¹⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะเครียด

ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 20.1⁽¹¹⁾ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6 ถึง 27.2⁽⁹⁾ ในขณะที่แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมุ่งความสนใจไปที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนความสนใจในตัวผู้ดูแลมีน้อย นอกจากนี้ยังไม่มีระบบให้การช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า นั้น เพื่อทราบความรุนแรงและขนาดของปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Analytic cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับรักษาที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่องกวาง ระหว่างวันที่ 24 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหรือดูแลประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่องกวาง ทั้งนี้รวมไปถึงผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายเดียวกันด้วย อายุระหว่าง 18-

80 ปี 2) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) เป็นญาติหรือ ผู้ใกล้ชิด มิใช่ผู้ที่ถูกว่าจ้างมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและมีใช้อาสาสมัคร และมีผู้จำหน่ายบ้าน หรือมิใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีประวัติโรคทางจิตเวช คือ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคจิต โรคสมองเสื่อม โรคบกพร่องทางสติปัญญา ที่รักษาไม่หายขาดหรือโรคไม่สงบก่อนผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ซักประวัติ ใช้สารเสพติดหรือสารอื่น ๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติดในช่วงเกิน 1 เดือน จะถูกคัดออกรวมถึงในผู้ดูแลที่มีการใช้สมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการศึกษา เนื่องจากสารเสพติดมีผลต่อสารสื่อประสาทของสมองที่อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตได้ ส่วนยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริม อาจมีส่วนผสมของสารที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ เช่น อารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น⁽¹⁹⁾ 2) ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาน้อยกว่า 2 สัปดาห์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่ากับร้อยละ 27.2⁽⁹⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (type I error=0.05, 2-sided) คำนวณขนาดตัวอย่างจากการคำนวณค่า n โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1 - P)}{d^2}$$

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

P = ความชุกของภาวะซึมเศร้า = 0.272

α = โอกาสที่จะเกิด type I error = 0.05, 2-sided ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้การประมาณค่า = 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.272)(0.728)}{(0.1)^2} = 76.06$$

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 85 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการชี้แจงกระบวนการและวัตถุประสงค์งานวิจัยนี้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยทราบหากสนใจเข้าร่วมวิจัยจะถูกขอให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมโดยผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หลังจากนั้นจึงแจกเอกสารให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างที่ทำแบบสอบถามหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะเครียด หมายถึง สภาวะทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่เกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ความเครียดในระดับพอดี ๆ

จะช่วยกระตุ้นให้มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ ช่วยผลักดันให้เอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น การละเลยและไม่ได้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน จะก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังซึ่งหากมากเกินไปและคงอยู่เป็นเวลานานจะบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพใจ⁽²⁰⁾

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง เป็นโรคที่พบได้บ่อยและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อมีอาการเกิดขึ้น จะคงอยู่เป็นเวลานานโดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจน หากอาการซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วย จะเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษา มักส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย⁽²⁰⁾

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน โดยอาจจะเป็นคู่สมรสบิดามารดาบุตรเพื่อนหรือญาติคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย⁽²¹⁾

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็งระยะลุกลามจนไม่สามารถรักษาหายได้และไม่มีแผนการรักษาใด ๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง⁽²²⁾

Family meeting หมายถึง การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแล เพื่อให้มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี ทีมที่ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการดูแลรักษาที่ตรงกัน หรือการตัดสินใจเรื่องการรักษา ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน⁽²³⁾

Advance care plan หมายถึง กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ⁽²⁵⁾

Advance directive หมายถึง เอกสารหรือคำสั่งจำเพาะที่เป็นลายลักษณ์อักษรของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในอนาคต ซึ่งคำสั่งจะมีผลต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว⁽²⁵⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ภูมิลำเนา สัญชาติ ศาสนาระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สุขภาพร่างกาย รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้แผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การอยู่อาศัยบ้านเดียวกับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแล การได้รับการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัว คนรอบข้าง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนวันในสัปดาห์ที่ต้องดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยคนอื่นๆที่ต้องดูแล จำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแล จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ยต่อวัน คุณภาพการนอนสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวน 28 ข้อ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชนิดของมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็ง โรคประจำตัว Performance status ผู้ป่วยที่รับรู้ตัวโรค ผู้ป่วยที่รับรู้พยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่รับรู้แผนการรักษา Advanced care plan Advance directive Family meeting ผู้ตัดสินใจหลักในการรักษาอาการของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องดูแลใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีค่า

สัมพันธ์สหสัมพันธ์กับการวินิจฉัยของแพทย์ เท่ากับ 0.470 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และมีค่าสัมพันธ์สหสัมพันธ์กับแบบประเมิน Thai-HADS ซึ่งเป็นแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาลพัฒนาโดยธนา นิลชัย โกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาล สุทธิเดช เท่ากับ 0.816 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 5 ข้อ การแปลผล คะแนนรวม 0-4 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย 5-7 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง 8-9 คะแนน ความเครียดระดับมาก และ 10-15 คะแนน ความเครียดระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Spitzer และคณะ และแปลโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ มีจำนวน 9 ข้อ จุดตัดภาวะซึมเศร้า คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 84 และ 77 ตามลำดับ⁽²⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 27.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อรายงานข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยแบบทดสอบไคสแควร์ (chi square test) หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) แบบ enter method เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นำเสนอระดับความสัมพันธ์ด้วย odd ratio

ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (Exemption Review Report) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ PPH 048/2565 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 74.1) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.3) อายุเฉลี่ย 49.3 ปี มีอายุระหว่าง 41-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.8) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) รายได้ประจำต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 60) มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 69.4) เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 48.2) มีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 83.5) ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 3 เดือน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ ดูแลมาประมาณ 1 เดือน (ร้อยละ 45.9) มีชั่วโมงการดูแลมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 75.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ตัวโรค (ร้อยละ 80.0) ผู้ป่วยรับรู้การพยากรณ์โรค (ร้อยละ 74.1) ผู้ป่วยรับรู้แผนการรักษาโรค (ร้อยละ 80.0) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำ family meeting (ร้อยละ 74.1) ทำ advance care plan แล้ว (ร้อยละ 72.9) ทำ advance directive แล้ว (ร้อยละ 65.9) โดยอาการของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องดูแลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการปวด (ร้อยละ 98.8) เหนื่อยเพลีย (ร้อยละ 82.4) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 76.5)

ผลการประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลจากแบบประเมิน ST-5 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 50.6 โดยไม่มีความเครียดระดับมากที่สุด และผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลด้วยแบบประเมิน PHQ-9 พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49.4 (ตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลโดยใช้วิธี univariable analysis พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 14 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p < 0.05$) ระดับความแข็งแรงของสุขภาพ ($p < 0.05$) จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) รายได้ประจำต่อเดือน ($p < 0.01$) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง ($p < 0.001$) จำนวนบุตรที่ดูแล ($p < 0.001$) ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา ($p < 0.001$) การทำ Family meeting ($p < 0.001$) การทำ Advance care plan ($p < 0.001$) การทำ Advance directive ($p < 0.001$) อาการเหนื่อยเพลีย ($p < 0.01$) อาการเบื่ออาหาร ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะเครียด โดยวิธี univariable analysis มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย multivariate logistic regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล และอาการของ

ผู้ป่วยที่ต้องดูแลใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสเกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น 11.73 เท่า (95%CI = 1.32-103.93, $p = 0.03$) เมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน และผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร มีโอกาสเกิดภาวะเครียดในผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 13.55 เท่า (95%CI = 1.31-139.75, $p = 0.03$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเบื่ออาหาร (ตารางที่ 3)

พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 14 ปัจจัย ได้แก่ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ($p < 0.01$) ระดับความแข็งแรงของสุขภาพ ($p < 0.05$) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง ($p < 0.01$) จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) จำนวนบุตรที่ดูแล ($p < 0.001$) ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา ($p < 0.001$) การทำ Family meeting ($p < 0.001$) การทำ Advance care plan ($p < 0.001$) การทำ Advance directive ($p < 0.001$) อาการเหนื่อยเพลีย ($p < 0.001$) และอาการเบื่ออาหาร ($p < 0.01$) (ตารางที่ 4)

เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยวิธี univariable analysis มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย multivariate logistic regression ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า ไม่พบปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=85 ราย)

ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด ST-5		
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	42	49.4
เครียดปานกลางถึงมาก (5-9คะแนน)	43	50.6
ภาวะซึมเศร้า PHQ-9		
มีซึมเศร้า (9 คะแนนขึ้นไป)	42	49.4
ไม่มีซึมเศร้า (น้อยกว่า 9 คะแนน)	43	50.6

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธี univariable analysis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=85 ราย)

ปัจจัย	เครียดน้อย	เครียดปานกลางถึงมาก	p-value
	(n=42)	(n=43)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง			
น้อย	14 (93.3)	1 (6.7)	<0.001***
ปานกลาง	21 (37.5)	35 (62.5)	
มาก	7 (50.0)	7 (50.0)	
จำนวนบุตรที่ดูแล			
ไม่มี	26 (39.4)	40 (60.6)	<0.001***
มีตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	16 (84.2)	3 (15.8)	
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค			
ไม่ทราบ	15 (88.2)	2 (11.8)	<0.001***
ทราบ	27 (39.7)	41 (60.3)	
ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค			
ไม่ทราบ	19 (86.4)	3 (13.6)	<0.001***
ทราบ	23 (36.5)	40 (63.5)	
ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา			
ไม่ทราบ	15 (88.2)	2 (11.8)	<0.001***
ทราบ	27 (39.7)	41 (60.3)	
Family meeting			
ยังไม่ทำ	18 (81.8)	4 (18.2)	<0.001***
ทำแล้ว	24 (38.1)	39 (61.9)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธี univariable analysis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=85 ราย) (ต่อ)

ปัจจัย	เครียดน้อย	เครียดปานกลางถึงมาก	p-value
	(n=42)	(n=43)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Advance care plan			
ยังไม่ทำ	19 (82.6)	4 (17.4)	<0.001***
ทำแล้ว	23 (37.1)	39 (62.9)	
Advance directive			
ยังไม่ทำ	24 (82.8)	5 (17.2)	<0.001***
ทำแล้ว	18 (32.1)	38 (67.9)	
อาการเหนื่อยเพลีย			
ไม่มี	13 (86.7)	2 (13.3)	0.001**
มี	29 (41.4)	41 (58.6)	
อาการเบื่ออาหาร			
ไม่มี	17 (85.0)	3 (15.0)	<0.001***
มี	25 (38.5)	40 (61.5)	

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multivariate logistic regression

ปัจจัยส่งผลกระทบต่อภาวะเครียดของผู้ดูแล	B	S.E.	p-value	OR	95%CI
ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมง/วัน	2.462	1.113	0.027*	11.728	1.323-103.934
ดูแลบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	-1.145	1.039	0.271	0.318	0.042-2.441
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรคแล้ว	-1.968	2.328	0.398	0.140	0.001-13.397
อาการเหนื่อยเพลีย	-0.467	1.485	0.753	0.627	0.034-11.514
อาการเบื่ออาหาร	2.606	1.191	0.029*	13.546	1.313-139.754

Rcs² = 54.9%, RN² = 73.2%, Constant = -8.969

*p< 0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยวิธี univariable analysis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (n=85 ราย)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=43) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=42) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัวของผู้ดูแล			
มี	16 (76.2)	5 (23.8)	0.007**
ไม่มี	27 (42.2)	37 (57.8)	
ระดับความแข็งแรงของสุขภาพ			
แย่มาก	11 (78.6)	3(21.4)	0.02*
ดี	32 (45.1)	39 (54.9)	
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง			
น้อย	13 (86.7)	2(13.3)	0.007**
ปานกลาง	23 (41.1)	33 (58.9)	
มาก	7 (50.0)	7 (50.0)	
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ต้องดูแลผู้ป่วย			
น้อยกว่า 16 ชั่วโมง	16 (76.2)	5 (23.8)	0.007**
มากกว่า 16 ชั่วโมง	27 (42.2)	37 (57.8)	
จำนวนบุตรที่ดูแล			
ไม่มี	27 (40.9)	30 (59.1)	<0.001***
มีตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	16 (84.2)	3 (15.8)	
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรค			
ไม่ทราบ	15 (88.2)	2 (11.8)	<0.001***
ทราบ	28 (41.2)	40 (58.8)	
ผู้ป่วยทราบพยากรณ์โรค			
ไม่ทราบ	18 (81.8)	4 (18.2)	<0.001***
ทราบ	25 (39.7)	38 (60.3)	
อาการเหนื่อยเพลีย			
ไม่มี	14 (93.3)	1 (6.7)	<0.001***
มี	29 (41.4)	41 (58.6)	
อาการเบื่ออาหาร			
ไม่มี	16 (80.0)	4 (20.0)	0.003**
มี	27 (41.5)	38 (58.5)	

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multivariate logistic regression

ปัจจัยส่งผลต่อ	B	S.E.	p-value	OR	95%CI
ภาวะเครียดของผู้ดูแล					
ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมง/วัน	0.496	1.028	0.63	1.642	0.219-12.324
ดูแลบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	-0.985	1.047	0.347	0.373	0.048-2.909
ผู้ป่วยรับรู้ตัวโรคแล้ว	-0.743	2.100	0.723	0.476	0.008-29.153
ผู้ป่วยรับรู้การพยากรณ์โรคแล้ว	-3.301	3.122	0.290	0.037	0.000-16.752
อาการเหนื่อยเพลีย	2.521	1.506	0.094	12.444	0.650-238.074
อาการเบื่ออาหาร	0.783	0.943	0.406	2.189	0.345-13.888
$Rcs^2 = 47.8\%$, $RN^2 = 63.8\%$, Constant = -8.975					

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 50.6 สูงกว่าการศึกษาของวิชฌ มงคลคำ⁽¹¹⁾ ที่พบผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเครียดปานกลางร้อยละ 15.3 และมีความเครียดมากถึงมากที่สุดร้อยละ 4.8 และสูงกว่าการศึกษาของ Silva และคณะ⁽²⁷⁾ พบความชุกของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 32.5 บ่งบอกถึงภาพรวมความชุกของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นค่อนข้างสูง โดยภาวะเครียดของผู้ดูแลส่งผลต่อความรู้สึกภาระในการดูแล (care burden) โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม ผู้ดูแลจะมีระดับความรู้สึกภาระในการดูแลผู้ป่วยสูง หน้าที่หลักของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดสภาวะกดดันและผลกระทบทางลบด้านอารมณ์ร่างกาย สังคม จึงส่งผลให้เกิดปัญหา

ทางด้านสุขภาพจิต สูญเสียการทำงาน และคุณภาพชีวิตที่ลดลง^(3,28) และการศึกษาของ Chua และคณะ⁽²⁹⁾ พบความชุกของความรู้สึกภาระในการดูแลสูงถึงร้อยละ 50 ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.4 เนื่องจากความยุ่งยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล เบื่อหน่าย การทำหน้าที่ บางครั้งอาจจะโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกเหงา สูญเสียเศร้าโศก และเกิดภาวะซึมเศร้า⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^(13,27) และสูงกว่าการศึกษาของสุชีรา อมรมหพรณ⁽⁹⁾ ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 27.2 อย่างไรก็ตาม จะเห็นแนวโน้มความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีแนวโน้มที่สูง

จึงควรค้นหาและวางแผนป้องกันตั้งแต่ต้น ก่อนจะเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมักเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร และญาติใกล้ชิด โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเวลาส่วนใหญ่ใช้ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตลอดจนประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยความเครียดจะสัมพันธ์กับระยะเวลาดูแลที่มากขึ้น และหากครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาพักผ่อน จึงเกิดความเหนื่อยล้าและเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นได้⁽³⁾

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาใดกล่าวถึงอาการเบื่ออาหารกับความเครียดของผู้ดูแล แต่การศึกษาของ Heide และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีอาการหลัก ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแล และการศึกษาของทัศนีย์ บุญอรียเทพ และคณะ⁽³⁰⁾ พบว่า การมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรบกวนทางกายลดลง จะทำให้ภาวะเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ในการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วย

multivariate logistic regression อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ผลลัพธ์ที่หลากหลาย เช่น ผู้ดูแลเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า^(8,10,16,13) แต่ก็มีการศึกษาที่ พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า⁽¹⁷⁾ บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกับการศึกษานี้^(8,11) ด้านปัจจัยอื่น ๆ ของผู้ดูแล เช่น สุขภาพกายที่ไม่ดี^(12,13) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย รายได้น้อย คุณภาพการนอน⁽¹³⁾ การรับรู้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย⁽⁹⁾ ความสัมพันธ์และปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย^(9,17) ในบางการศึกษา พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า ในขณะที่เดียวกันก็มีหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาวะซึมเศร้า^(10,11,13)

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลรื่องกวางเท่านั้น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการนำไปใช้ในพื้นที่ยื่น ๆ ควรต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ต่อไป นอกจากนี้ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ยังน้อยเกินไปสำหรับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะซึมเศร้า และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบคัดกรองไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรที่มีความเสี่ยงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานจากแพทย์

สรุป

พบภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างมากในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงควรมีการสำรวจและประเมินภาวะเหล่านี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและนำผู้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมตั้งแต่เริ่มมีอาการ นอกจากนี้ การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน และผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร ดังนั้นควรมีการจัดการแบบองค์รวม ทั้งการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการของผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย มีเวลาพัก เพื่อลดภาวะเครียดแก่ผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้เพื่อให้ได้รับการรักษาทางจิตเวชที่เหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลอาการผู้ป่วย เช่น เบื่ออาหาร โดยสร้างระบบป้องกันผ่านเครือข่ายในชุมชนและโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาภาวะเครียดและซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นช่วงระยะ รวมถึงศึกษาติดตามภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ศึกษาเพิ่มเติมถึงความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่สัมพันธ์ และ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบ

ภาวะเครียดและซึมเศร้าควรมีการสำรวจเชิงสังคม เพื่อหาสาเหตุของปัญหาและนำไปสู่แนวทางแก้ไขและป้องกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ผู้ให้คำแนะนำการเลือกสถิติในการวิเคราะห์และคำแนะนำ ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และขอบคุณกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565). 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก www.nci.go.th
2. จริญญาศรี มีหนองหว่า, พรรณทิพา แก้วมาตย์, สอาด มุ่งสิน, เขียวเรศ ประภาษานนท์, อุดมวรรณ วันศรี, ญาณิ แสงสาย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;24(2):37-47.
3. รัชนิกร ใจคำสับ, ศิวีโลซ์ วรรณรัตน์จิตร. สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562;11(1):213-23.
4. กัญญาณัฐ สุภาพร. ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์ 2563;27(1):150-61.

5. วริศรา ลูวีระ. การดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(2):266-70.
6. หทัยทิพย์ เจริญศรี, จิราพร เขียวอยู่. ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิจัย มข. 2560;17(3):77-93.
7. Govina O, Vlachou E, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Kavga A, Konstantinidis. Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. Asia Pac J Oncol Nurs 2019;6(3):283-91. doi: 10.4103/apjon.apjon_74_18.
8. Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HF, et al. Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. J Clin Oncol 2008;26(36):5890-5.
9. สุชีรา อมรมหพรณ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง. ร้อยเอ็ดเวชสาร 2562;6(2):27-36.
10. Oliver DP, Albrigh DL, Washington K, Wittenberg-Lyles E, Gage A, Mooney M, et al. Hospice caregiver depression: The evidence surrounding the greatest pain of all. J Soc Work End Life Palliat care 2013;9(4):256-71. doi: 10.1080/15524256.2013.846891.
11. วิษณุ มงคลคำ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(2):291-306.
12. Oliver DP, Washington K, Smith J, Uraizee A, Demiris G. The Prevalence and risks for depression and anxiety in hospice caregivers. J Palliat med 2017;20(4):366-71. doi: 10.1089/jpm.2016.0372.
13. Geng HM, Chuang DM, Yang F, Yang Y, Liu WM, Liu LH, et al. Prevalence and determinant of depression in caregivers of cancer patients. Medicine (Baltimore) 2018; 9:97(39):e11863. doi: 10.1097/MD.00000000000011863.
14. Gotze H, Brahler E, Gansera L, Polze N, Kohler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Supportive Care Cancer 2014; 22(10):2775-82.
15. Aubaidi ZSA, Ariffin F, Oun CTC, Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized

- palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliat Care* 2020;19:186.
16. Nipp RD, Fishbein J, El-Jawahri A, Pirl WF, Moran SMC, McCart C. Depression and anxiety among family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology* 2015;33(29 suppl):224.
 17. Katende G Nakimera L. Prevalence and correlates of anxiety and depression among family carers of cancer patients in a cancer care and treatment facility in Uganda:a cross sectional study. *Afr Health Sci* 2017;17(3):868-76.
 18. โรงพยาบาลรื่องกวาง. กลุ่มงานเยี่ยมบ้าน. สถิติผู้ป่วยในคลินิกประคับประคอง อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่ 2565. แพร่: โรงพยาบาลรื่องกวาง; 2565
 19. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ยา วิพากษ์. จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;10(39): 3-7.
 20. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.] เข้าถึงได้จาก: www.sorpsor.com
 21. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง:การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2557;20(1):10-22.
 22. อรวีรุฑ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2560;23(3):328-43.
 23. โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย Palliative care. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.] เข้าถึงได้จาก: <https://www.pth.go.th/>
 24. Sudore R, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from multidisciplinary Dephi Panel. *J Pain Symptom manage* 2017;53(5):821-32.
 25. แสง บุญเฉลิมวิภาส. นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565.] เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/>
 26. Lotrakul M, Sumrithe S, aipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC psychiatry* 2008, 8:46. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.
 27. Silva ARF, Fhon JRS, Rodrigues RAP, Leite MTP. Caregiver overload and factors associated with care provided to patients

under palliative care. Invest Educ Enferm.2021;39(1):e10.

28. ณชนก เอียดสุข, ศุภกร วงศ์ทัตญญ, สุชีรา ชัยวิบูลย์
ธรรม. ความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้อ
งอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง.
วารสารโรงพยาบาลสาร 2556;19(3):349-64.
29. Chua CKT, Wu JT, Wong YY, Qu L, Tan YY,
Neo PS, et al. Caregiving and its resulting
effects--the care study to evaluate the
effects of caregiving on caregivers of
patients with advanced cancer in
Singapore. Cancers (Basel) 2016;8(11):105.
doi: 10.3390/cancers8110105.
30. ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธกัคนันท์ อินทรารุจ. ผล
ของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่
บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วย
และภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาล
แพร่ 2566;31(1):100-13.